

**Pratique privée en ergothérapie au Québec : Un modèle pour soutenir les femmes
entrepreneures**

Par Valérie Dufresne

Essai de maîtrise présenté à l'Université du Québec à Trois-Rivières [UQTR]

Département d'ergothérapie

Université du Québec à Trois-Rivières, campus de Drummondville

10 décembre 2025

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire, de cette thèse ou de cet essai a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire, de sa thèse ou de son essai.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire, cette thèse ou cet essai. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire, de cette thèse et de son essai requiert son autorisation.

REMERCIEMENTS

Cet essai est le fruit d'une année de travail acharné. Je le dédie à la douce mémoire de ma tante Ginette, une femme amoureuse de la vie, à la fois résiliente et inspirante. Je souhaite aussi remercier plusieurs personnes de m'avoir accompagnée, soutenue et inspirée tout au long de cet accomplissement.

Je souhaite d'abord exprimer mes sincères remerciements à ma directrice d'essai, Mme Myriam Chrétien-Vincent. Merci pour votre soutien, votre disponibilité et vos précieux commentaires qui ont nourri et enrichi le contenu de ce projet. Vos encouragements et votre approche humaine ont été des atouts inestimables tout au long de ce travail. Je souhaite également remercier chaleureusement Mme Joanie Maclure, professeur, dont l'expertise dans ce domaine fascinant a été une source d'inspiration. Votre grande disponibilité, vos recommandations et suggestions de lectures, ont alimenté mes réflexions et considérablement amélioré la qualité de ce travail, dont je suis fière. Je désire aussi remercier les ergothérapeutes qui ont pris part à ce projet. Merci pour votre temps, votre générosité, et votre collaboration lors des entrevues. Votre contribution a été essentielle à la réalisation de cette recherche et l'avancement des données probantes.

Je ne saurais oublier de remercier mon copain, ma famille et toutes les personnes, peut-être sans le savoir, qui m'ont permis de pousser mes réflexions à un niveau supérieur et m'ont motivée à persévérer. Enfin, merci à mes amies très chères, avec qui j'ai partagé cette belle aventure universitaire. Des jeunes femmes brillantes et ouvertes d'esprit avec lesquelles j'ai eu la chance de partager tant de fous rires et de moments inoubliables. Ce n'est pas la fin, mais plutôt le commencement d'une grande aventure.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	2
TABLE DES MATIÈRES	3
Liste des tableaux.....	6
Liste des figures	9
Liste des abréviations.....	Erreur ! Signet non défini.
RÉSUMÉ	10
ABSTRACT.....	12
INTRODUCTION	15
ÉTAT DES CONNAISSANCES.....	16
Définition de la pratique privée	16
Définition d'une personne entrepreneure	17
Portrait actuel de l'entrepreneuriat	17
Portrait actuel des femmes au travail	19
Portrait actuel de la pratique privée en ergothérapie	22
Enjeux éthiques en clinique privée d'ergothérapie	25
Intégration de la pratique privée dans le parcours universitaire	26
CADRE CONCEPTUEL	27
Théorie de programme	27
Modèle logique	30
DÉFINITION DE LA PROBLÉMATIQUE	33
Exposée du sujet d'étude	33
Contexte empirique	33
Contexte théorique	34
Résultats escomptés	35
QUESTION DE RECHERCHE ET OBJECTIFS	36
MÉTHODE.....	37
Contexte de l'étude	37
Devis de recherche	37
Population à l'étude	38
Échantillon	38
Recrutement	39

Collecte de données	40
Analyse des données	44
Considérations éthiques	45
Critères de scientificité	46
Crédibilité	47
Transférabilité	47
Fiabilité	48
Confirmabilité	48
RÉSULTATS	50
Description des participants	50
Thèmes émergents de la co-construction du modèle logique	54
Contexte	56
Intrants	57
Activités	58
Groupes visés	59
Extrants	59
Résultats	60
Facteurs externes	61
DISCUSSION	71
Comparaison des résultats de l'étude avec ceux des écrits	72
Notoriété	72
Rétention du personnel	74
Manque de connaissance	75
Facturation	77
Stéréotypes de genre	79
Clientèle idéale et bienveillance	80
Retombées et recommandations pour la pratique	81
Forces et limites de l'étude	81
Recherches futures	84
CONCLUSION	85
RÉFÉRENCES	87
ANNEXE A. Modèle logique	102

ANNEXE B. Affiche de recrutement	104
ANNEXE C. Questionnaire sociodémographique.....	105
ANNEXE D. Guide d’entrevue	107
ANNEXE E. Arbre thématique.....	117
ANNEXE F. Certificat d’aprobation du comité éthique.....	123
ANNEXE G. Lettre d’information et consentement.....	124

Liste des abréviations

AVC - Accident vasculaire cérébral

ACE - Association canadienne des ergothérapeutes

ACOTUP - Association of Canadian Occupational Therapy University Programs

BIQ - Banque interactive de questions

Berry VMI - Beery-Buktenica Developmental Test of Visual-Motor Integration

BOT2 - Bruininks-Oseretsky Test of Motor Proficiency, Second Edition

CNESST - Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité au travail

CÉREH - Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains

IVAC - Indemnisation des victimes d'actes criminels

ISM - Institut des Sciences de la Mobilité

MÉI - Ministère de l'Économie et de l'Innovation

MÉIÉ - Ministère de l'Économie, de l'innovation et de l'Énergie

MVTP - Motor-Free Visual Perception Test

OEQ - Ordre des ergothérapeutes du Québec

PME - Petites et moyennes entreprises

SPO - Santé publique Ontario

AEA - Société américaine d'évaluation de programme

SCÉ - Société canadienne d'évaluation de programmes

SCTC - Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada

SAAQ - Société de l'assurance automobile du Québec

SPM - Sensory Processing Measure

TVSP - Test of Visual Perceptual Skills

UdeM - Université de Montréal

UO - Université d'Ottawa

UL - Université Laval

UdeS - Université de Sherbrooke

UQTR - Université du Québec à Trois-Rivières

Liste des tableaux

Tableau 1. Années d'expérience en cliniques privées au moment de l'entrevue

Tableau 2. Années d'expérience en gestion au moment de l'entrevue

Tableau 3. Années d'expérience clinique au moment du démarrage

Tableau 4. Lieu de formation en gestion

Liste des figures

Figure 1. Modèle logique coconstruit

RÉSUMÉ

Problématique : Plusieurs ergothérapeutes travaillent dans le secteur privé et sont entrepreneures. Cependant, peu de données probantes sont disponibles pour comprendre et décrire cette pratique privée au Québec. De plus, les femmes entrepreneures rencontrent des obstacles supplémentaires que leurs homologues masculins. **Objectifs:** Développer un modèle logique pour guider les ergothérapeutes dans le démarrage de leur clinique, tout en mettant en lumière les facilitateurs et obstacles spécifiques rencontrés par les femmes entrepreneures dans ce secteur. **Cadre conceptuel :** Ce projet repose sur la théorie de programme, qui permet de clarifier et de structurer les relations complexes entre les ressources, les activités et les résultats attendus d'un programme (Tougas, et coll., 2021). **Méthode:** Un devis qualitatif descriptif a orienté cette recherche. Dix entrevues semi-structurées basées sur le modèle logique (Tougas, et coll., 2021) ont été effectuées auprès de femmes ergothérapeutes ayant démarré leur pratique privée au Québec. Ces entrevues ont ensuite été analysées de manière thématique (Paillé et Mucchieli, 2021). **Résultats :** La collecte de données a permis de créer un outil de soutien, pour les nouveaux entrepreneurs en ergothérapie. L'étude permet aussi de mettre en lumière les facilitateurs et obstacles spécifiques rencontrés par les femmes entrepreneures dans ce secteur. En effet, les échanges ont mis en évidence certains obstacles au démarrage d'une clinique tels que le manque de notoriété, les difficultés liées à la rétention du personnel, la connaissance limitée en gestion, et les défis liés à la facturation. Les perceptions autour des stéréotypes de genre ont également été explorées. Du côté des facilitateurs, les participantes ont souligné l'importance du mentorat et d'une pratique basée sur les données probantes, de profiter de sa maternité et de s'offrir de la

bienveillance. **Discussion:** Le démarrage d'une clinique privée en ergothérapie est un processus complexe où s'entrecroisent des enjeux identitaires, organisationnels et structurels, influencés autant par le contexte du système de santé que par les valeurs professionnelles des ergothérapeutes. **Conclusion :** Cet essai propose un outil concret pour planifier, évaluer et améliorer les pratiques, tout en renforçant la confiance, la cohérence et la qualité des services en contexte privé.

Mots clés: Démarrage, pratique privée, ergothérapie, facilitateurs et obstacles entrepreneuriaux, stéréotypes de genre

ABSTRACT

Problematic: Many occupational therapists work in the private sector and are entrepreneurs. However, little evidence is available to understand and describe private practice in occupational therapy in Québec. In addition, women entrepreneurs face additional barriers compared to their male counterparts. **Objectives:** To develop a logic model to guide occupational therapists in starting their own clinic, while highlighting the facilitators and barriers specifically encountered by women entrepreneurs in this sector.

Conceptual Framework: This project is grounded in program theory, which helps clarify and structure the complex relationships between resources, activities, and expected outcomes of a program (Tougas & al., 2021). **Method:** A descriptive qualitative design guided this study. Ten semi-structured interviews based on the logic model (Tougas & al., 2021) were conducted with women occupational therapists who had started a private practice in Québec. The interviews were then thematically analyzed (Paillé & Mucchielli, 2021). **Results:** Data collection led to the development of a support tool for new occupational therapy entrepreneurs. The study also highlighted facilitators and barriers specific to women entrepreneurs in this field. Identified barriers included lack of professional visibility, challenges related to staff retention, limited knowledge of management, and billing-related difficulties. Perceptions surrounding gender stereotypes were also explored. Facilitators included the importance of mentorship, evidence-based practice, leveraging motherhood, and practicing self-compassion. **Discussion:** Starting a private occupational therapy clinic is a complex process in which identity-related, organizational, and structural issues intersect, influenced both by the healthcare system context and by occupational therapists' professional values. **Conclusion:** This essay

proposes a practical tool to plan, evaluate, and improve practices, while strengthening confidence, coherence, and quality of services in the private practice context.

Keywords: Start-up, private practice, occupational therapy, entrepreneurial facilitators and barriers, gender stereotypes

**PRATIQUE PRIVÉE EN ERGOTHÉRAPIE AU QUÉBEC : UN MODÈLE POUR
SOUTENIR LES FEMMES ENTREPRENEURES**

INTRODUCTION

Actuellement, le secteur privé en ergothérapie est en développement à l'échelle mondiale (Sloggett et coll., 2003). Notamment au Canada, les contraintes budgétaires imposées aux provinces limitent leurs capacités à financer adéquatement leurs systèmes de santé. Cette situation crée une pression sur les services publics, ce qui peut favoriser un glissement vers le privé (Jacques, 2024). Au Québec, cette dynamique se manifeste par une présence importante d'ergothérapeutes en pratique privée (Ordre des ergothérapeutes du Québec [OEQ], 2015). Malgré que cette pratique soit en expansion et partage plusieurs similitudes avec la pratique du secteur public, la pratique privée demeure encore largement sous-documentée dans la littérature scientifique actuelle. Le manque de données sur les réalités de ce secteur complique l'analyse des enjeux qui y sont propres, notamment en ce qui concerne les conditions de pratique, la qualité des services offerts et les besoins spécifiques des ergothérapeutes et des nouveaux diplômés dans ce secteur. Donc, prenant en considération la littérature disponible, cet essai rendra compte de la problématique à l'origine de cette recherche, du cadre conceptuel qui a permis de structurer celle-ci et des méthodes utilisées pour atteindre les objectifs poursuivis. Ensuite, les résultats de l'étude seront énoncés. La discussion qui suit, fera un retour au questionnement à l'origine de l'étude, établit des comparaisons entre les résultats de l'étude et ceux qui se présentent dans les écrits, puis énonce les principales forces et limites de l'étude, et les retombées de la recherche pour la pratique clinique privée, l'enseignement, la recherche et la gouvernance.

ÉTAT DES CONNAISSANCES

Dans cette section, l'état des connaissances sur la problématique à l'origine de cette étude est présenté. Pour ce faire, une définition sommaire de la pratique privée en ergothérapie et d'une personne entrepreneure sera d'abord articulée. Ensuite, les portraits de l'entrepreneuriat et des femmes au travail et entrepreneures seront illustrés. Ce portrait sera suivi d'un résumé des données probantes disponibles sur la pratique privée en ergothérapie. Enfin, la question à l'origine de cette recherche et l'objectif qui en découle, de même que la problématique ayant motivé cette étude seront abordés, et ce, suivant cet ordre.

Définition de la pratique privée

La notion de pratique privée est abordée de diverses manières dans la littérature (Courtney et Farnworth, 2003; Merritt et coll., 2013; Ministère de l'Économie et de l'Innovation [MÉI], 2022; Sloggett et coll., 2003), ce qui permet, en croisant ces perspectives, d'en dégager une vision globale et nuancée aux réalités de l'ergothérapie au Québec. Ainsi, dans le cadre de cet essai, la pratique privée est entendue comme un modèle d'exercice professionnel dans lequel une entité propose des services ergothérapeutiques rémunérés à l'acte par une tierce partie, qu'il s'agisse d'un individu, d'un groupe, d'une organisation ou d'une institution. Cette entité, dotée d'une structure économique et sociale, emploie au minimum un salarié ou soi-même chargé de la prestation de services à la clientèle choisie. Cette entité assume également l'ensemble des responsabilités juridiques associées, incluant notamment la gestion autonome de son

régime de retraite, le paiement des impôts fédéraux et provinciaux, ainsi que la perception et le versement des taxes applicables. Autrement dit, il s'agit d'une pratique régie par un cadre légal spécifique, celui d'une entreprise privée.

Définition d'une personne entrepreneure

Les personnes entrepreneures œuvrent dans des domaines divers en raison de la pluralité d'opportunités d'affaires existantes (Industrie Canada, 2010). Notamment, les personnes entrepreneures se trouvent aussi bien à la tête de grandes entreprises que de petites, en milieu urbain comme en région rurale. Certains lancent et vendent plusieurs entreprises, alors que d'autres fondent une seule entreprise qui prospère pendant des décennies. (Industrie Canada, 2010)

Cela dit, la littérature propose une multitude de perspectives quant à la conceptualisation de la personne entrepreneure (Grekou, 2020; Industrie Canada, 2010; MÉI, 2022; Ministère de l'Économie, de l'innovation et de l'Énergie [MÉIÉ], 2025). Donc, dans le cadre de cet essai, une personne entrepreneure est entendue comme une personne créatrice ou ayant acquis une entreprise. Cette personne tire profit de la création, l'appropriation ou l'expansion d'activités économiques, ayant une valeur ajoutée réelle et unique pour un secteur d'activité donné. Pour ce faire, la personne entrepreneure peut agir seule, avec des associés au sein d'une équipe entrepreneuriale, et/ou avec de l'aide rémunérée. Certaines personnes entrepreneures sont dits hybrides, dans ce cas, ces personnes en plus de créer leur entreprise, conserve leur travail salarié.

Portrait actuel de l'entrepreneuriat

Le nombre de personnes entrepreneures diminue au Québec, comme ailleurs au Canada. Même que, depuis 2000, la proportion des personnes entrepreneures pouvant se consacrer uniquement à l'entrepreneuriat diminue considérablement (MÉIÉ, 2025). Pourtant, les bénéfices qu'apporte l'entrepreneuriat à une communauté sont multiples (MÉIÉ, 2025). Notamment, les petites et moyennes entreprises (PME) regroupent actuellement 90 % des emplois du secteur privé (Bouchard & Bédard-Maltais, 2019). En plus, le statut d'entrepreneur permet à plusieurs individus d'améliorer leur situation économique et leur position sur le marché du travail. En effet, les personnes entrepreneures ont en moyenne des revenus supérieurs à ceux des personnes appartenant aux autres catégories de travailleurs, comme les salariés et les travailleurs autonomes (MÉIÉ, 2025).

D'autre part, de plus en plus de femmes, de nouveaux arrivants, de jeunes adultes, d'adultes plus âgés ainsi que des personnes détenant un niveau de scolarité élevé démarrent une entreprise (Bouchard et Bédard-Maltais, 2019). Parmi celles-ci, ce sont les jeunes adultes et les personnes détenant un niveau de scolarité élevé qui s'imposent comme les deux groupes les plus proportionnellement élevés (MÉIÉ, 2025). Ils représentent environ le tiers des nouvelles personnes entrepreneures au Canada et cela représente le plus important facteur de la reprise de l'activité entrepreneuriale observée depuis 2014 (Bouchard et Bédard-Maltais, 2019; MÉIÉ, 2025). La proportion de femmes entrepreneures demeure toutefois légèrement plus faible au Québec que dans le reste du Canada. D'ailleurs, l'écart entre le nombre d'hommes et de femmes entrepreneurs a peu évolué au cours des deux dernières décennies (MÉIÉ, 2025).

Cela dit, l'entrepreneuriat est exigeant. Un tiers de toutes les nouvelles entreprises ferment leurs portes au cours des cinq premières années. Après 10 ans, seulement une entreprise sur deux est encore en activité (Bouchard et Bédard-Maltais, 2019). Selon les données disponibles, être plus âgés, être nés au Canada, avoir des partenaires d'affaires, détenir plus d'une entreprise et avoir un revenu familial cumulatif élevé sont associés positivement au rendement et à la viabilité d'une entreprise (Downey et coll., 2015; Grekou, 2020). Le fait de promouvoir la diversité au sein de son équipe a également cet effet sur la viabilité et le rendement d'une entreprise (Downey et coll., 2015; Grekou, 2020). Aussi, les entreprises comptant plus de femmes présentaient des actions boursières ayant une valeur marchande plus élevée que les entreprises comptant plus d'hommes, et ce, même après la prise en compte de la taille, du rendement, de la rentabilité et des risques (Downey et coll., 2015; Grekou, 2020). Ces entreprises présentent également des rendements financiers supérieurs à la médiane nationale de leur entreprise respective et font preuve d'innovation plus globale (Downey et coll., 2015).

Par ailleurs, des compétences techniques, théoriques et en gestion acquises préalablement peuvent aider les personnes entrepreneures à surmonter de nombreux défis. En effet, cela permet une croissance plus élevée de leur chiffre d'affaires, de leurs rendements, de leur satisfaction au travail et de leur nombre d'employés par rapport aux entrepreneures féminines du même secteur d'activité (Bouchard et Bédard-Maltais, 2019; Downey et coll., 2015; Grekou, 2020). Toutefois, ce sont majoritairement les entrepreneurs masculins qui présentent ce niveau de compétences expérimentiel supérieur (Bouchard et Bédard-Maltais, 2019).

Portrait actuel des femmes au travail

Traditionnellement, le travail rémunéré était le rôle des hommes, et le travail domestique, celui des femmes. À ce jour, les hommes participent de plus en plus aux tâches domestiques. Cependant, les femmes restent dignitaires des tâches domestiques en grande partie, et même si les rôles sont moins polarisés et mieux répartis, les partages de tâches au sein du foyer restent défavorables aux femmes (Barrère-Maurisson, 2006; Statistique Canada, 2020). Par exemple, au sein des ménages canadiens, la lessive est une tâche partagée dans 61 % des cas, et dans 56 % des cas pour la préparation des repas (Statistique Canada, 2017). La proportion de femmes qui occupe un emploi rémunéré est toutefois en hausse. D'ailleurs l'écart de participation au marché du travail entre les sexes est passé de 32 % en 1976 à 9% en 2017 (Statistique Canada, 2017).

Malgré cette progression, les hommes demeurent plus susceptibles que les femmes d'être propriétaires d'entreprise, même si la proportion de femmes entrepreneures est elle aussi en hausse (Grekou, 2020). En effet, actuellement environ 28% des personnes entrepreneures sont des femmes, comparativement à 11% il y a 40 ans (Bouchard et Bédard-Maltais, 2019). Cette augmentation s'explique par la montée de l'éducation et l'émancipation économique générale (Bouchard et Bédard-Maltais, 2019). Le militantisme contre les stéréotypes et les barrières restrictives envers les femmes dans le monde du travail a également contribué à une meilleure reconnaissance de leurs compétences et de l'importance de leurs aspirations et de leur bien-être (Blostin et O'Shea, 2022). En effet, environ 50 % des femmes entrepreneures choisissent cette carrière pour l'indépendance et l'autonomie qu'elle procure, tandis que 40 % d'entre elles y trouvent la flexibilité qu'elles recherchent (Bouchard et Bédard-Maltais, 2019).

Cela dit, malgré ces progrès de société et de nombreuses initiatives gouvernementales adoptées en faveur de la croissance de l'entrepreneuriat féminin, les femmes entrepreneures font encore face à de nombreux obstacles, en raison de leurs rôles sociaux et familiaux souvent plus imposants que ceux des hommes (Adema et coll., 2014; Barrère-Maurisson, 2006; Statistique Canada, 2020). Ces obstacles compliquent davantage le parcours professionnel des femmes. Notamment, les entreprises appartenant à des femmes présentent un retard en ce qui a trait aux ventes, aux bénéfices, à l'emploi et à la viabilité de l'entreprise, comparativement aux entreprises privées dirigées par des hommes (Coleman et Robb, 2009; Couture et Houle, 2020; Fairlie et Robb, 2009; Grekou, 2020; Industrie Canada, 2015; Li et Liu, 2018; Rosa et Sylla, 2016). Ce rendement inférieur a été attribué à une multitude de facteurs, tels que les contraintes financières, la culture du secteur industriel, le manque d'expérience acquise antérieurement, etc. (Grekou, 2020; Rosa et Sylla, 2016) En effet, comparativement aux entrepreneurs masculins, les femmes ont plus de difficulté à obtenir des capitaux (Adema et coll., 2014). Les études montrent également que les femmes entrepreneures ont accumulé un tiers de moins de revenus personnels que leurs homologues masculins au cours des cinq années précédant l'entrée en affaire (Grekou, 2020). En plus, les femmes entrepreneures sont moins présentes dans les réseaux clés, et sont plus soumises aux contraintes liées aux études et à la formation technique, en gestion et en commerce (Adema et coll., 2014).

D'autre part, dans les entreprises qui n'appartiennent pas majoritairement à des femmes, le fait d'avoir des enfants et plusieurs responsabilités familiales représente un frein à la croissance de l'entreprise et à l'embauche (Grekou, 2020). Ainsi, puisque les

femmes entrepreneures ont plus d'enfants que leurs homologues masculins, cela suggère que la parentalité pourrait être perçue comme une contrainte ou limiter les ambitions de croissance de l'entrepreneuriat féminin (Grekou, 2020).

Portrait actuel de la pratique privée en ergothérapie

À ce jour, le secteur privé en ergothérapie est en développement partout à travers le monde (Sloggett et coll., 2003). D'ailleurs, selon OEQ, 20% des ergothérapeutes de la province pratique dans ce secteur (OEQ, 2015) et 6,9 % des ergothérapeutes sont des gestionnaires (Association canadienne des ergothérapeutes [ACE], 2012). Cela s'explique par des contraintes budgétaires imposées aux systèmes de santé provinciaux. En effet, ce climat d'austérité nuit à l'accessibilité aux soins et services publics, ce qui favorise une ascension du secteur privé (Jacques, 2024).

Les services offerts en pratique privée sont très similaires à ceux offerts dans le réseau public. Sur le plan de la clientèle, elle couvre l'enfance à la gériatrie (ACE, 2012; OEQ, 2015; OEQ, n.d.). En santé physique, les ergothérapeutes peuvent pratiquer avec des clients atteints de troubles de l'alimentation telle que la dysphagie, des individus ayant un ou des troubles musculosquelettiques ou du développement moteur, et des clients atteints de troubles neurologiques, tels qu'un accident vasculaire cérébral (AVC), de l'Alzheimer ou la maladie de Parkinson, etc. (ACE, 2012; OEQ, 2015; OEQ, n.d). Pour ces clients, il est fréquent que l'ergothérapeute compte parmi ses tâches quotidiennes : la fabrication d'orthèses, la formulation de recommandations en tant qu'expert en habilitation, l'intégration scolaire, l'évaluation et les interventions

fonctionnelles centrées sur les occupations (ACE, 2012;OEQ, 2015 ; OEQ, n.d.). Plus précisément, les évaluations réalisées peuvent aborder l'adaptation domiciliaire, les capacités à conduire un véhicule routier et l'adaptation du véhicule au besoin, les besoins d'aides techniques et/ou d'assistance personnelle ainsi que l'adaptation de poste de travail, etc. (ACE, 2012; OEQ, 2015 ; OEQ, n.d.). Au niveau des interventions, elles visent à soutenir l'atteinte d'objectifs variés, définis en fonction des aspirations du client, tels que l'amélioration des capacités de travail, des habiletés fonctionnelles ou de l'autonomie (ACE, 2012; OEQ, 2015 ; OEQ, n.d.). En santé mentale, les services peuvent également être offerts à plusieurs clientèles différentes. Par exemple, les ergothérapeutes peuvent travailler avec des clients atteints de troubles de conduite alimentaire, de troubles envahissants du développement, de troubles anxieux, d'épuisement, de stress, de troubles psychotiques, de dépression ou de modulation sensorielle. Pour ces clients, les évaluations fonctionnelles centrées sur les occupations cernent entre autres les capacités professionnelles et vocationnelles, d'autonomie à domicile, ou de conduite automobile (ACE, 2012; OEQ, 2015 ; OEQ, n.d.). Puis, les interventions visent l'atteinte d'objectifs signifiants pour le client, comme l'amélioration des capacités de travail ou scolaire et l'amélioration des capacités fonctionnelles au quotidien (ACE, 2012; OEQ, 2015 ; OEQ, n.d.).

La principale différence entre l'ergothérapie dans ce secteur et au public est la facturation des services. En effet, les services offerts doivent être payés par le client ou par de tiers payeurs. Au Québec, plusieurs organisations subventionnées agissent en tant que tiers payeurs et payent des services en ergothérapie à leurs indemnisés. Par exemple, la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) couvre les frais d'ergothérapie

aux accidentés de la route, et la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité au travail (CNESST) aux employés blessés au travail. Il existe également l'Indemnisation des victimes d'actes criminels (IVAC), qui acceptent de couvrir les frais d'ergothérapie pour les victimes. Si aucune situation ne s'applique au client, plusieurs assureurs privés couvrent également les services en ergothérapie (OEQ, 2015).

Ainsi, à l'international, tout comme au Canada, la pratique privée présente des similitudes. En effet, Merritt et coll. (2013) en Australie, Navarro-Sanfelix et coll. (2023) en Espagne, ainsi que Kobbero et coll. (2017) et ACE (2012) au Canada, ont décrit des caractéristiques communes de cette pratique, notamment les services offerts et les sources de revenus. Ils ont également examiné les différents modèles commerciaux, une information qui demeure, à ce jour, indisponible au Québec. En effet, au Québec, les seules données probantes disponibles décrivant les caractéristiques de la pratique (services fournis et tiers payeurs) et les procédures administratives (*Cadre de référence sur les aspects clinico-administratifs liés à l'exercice de la profession d'ergothérapeute dans le secteur privé*) proviennent de l'OEQ. Bien que ces données soient utiles, elles demeurent vagues sur les procédures à suivre et les données les plus récentes datent de 2015. Alors, dans un marché économique et législatif qui évolue aussi rapidement, ces données sont nettement insuffisantes. D'autant plus que la majorité des propriétaires des cliniques privées en ergothérapie n'a pas de qualification de gestion. Cela, malgré que l'OEQ souligne l'importance pour l'ergothérapeute désireux de démarrer sa propre entreprise de posséder des compétences en administration et en gestion ou de s'outiller adéquatement à l'aide de professionnel afin de s'assurer du respect de la réglementation et des normes en vigueur entourant la gestion de son entreprise (Merritt et coll., 2013;

OEQ, 2015).

Enjeux éthiques en clinique privée d'ergothérapie

Les enjeux éthiques en clinique privée ont fait l'objet de plusieurs études. Un enjeu éthique correspond à une situation qui compromet l'actualisation d'une ou plusieurs valeurs légitimes et désirables (Drolet et Ruest, 2021; Swisher et coll., 2005). Trois études ont identifié trois principales catégories d'enjeux en clinique privée telles que : commerciaux et économique, professionnels, et liés aux droits et au bien-être des patients (Courtney, 2005; Courtney et Farnworth, 2003; Hudon et coll., 2015). Par exemple, l'opposition entre, d'une part, la qualité de la pratique en ergothérapie (qui a un impact sur le bien-être du client) et, d'autre part, les obligations relatives aux finances ou au temps (le bien de l'entreprise) créent d'importants enjeux éthiques (Courtney, 2005; Courtney et Farnworth, 2003; Hudon et coll., 2015). Plus précisément, la volonté de répondre aux exigences en matière de compétences professionnelles et la reconnaissance de la qualité de l'exercice de la profession sont fragilisées par les barrières administratives, financières et les impératifs de viabilité de l'entreprise, ce qui constitue un exemple de détresse éthique (Courtney, 2005; Courtney et Farnworth, 2003; Drôlet et Ruest, 2021; Hudon et coll., 2015). Puis, le bien-être du client est en opposition avec le bien-être de l'entreprise, ce qui constitue un enjeu éthique tout aussi important (Flatley et coll., 2014; Haslam et Harris, 2004; Praestegaard et coll., 2013). Ainsi, comme ces enjeux sont très fréquents (Courtney, 2005; Courtney et Farnworth, 2003), il est d'autant plus important de bien préparer la relève aux réalités administratives de cette pratique (Moir et coll., 2022).

Intégration de la pratique privée dans le parcours universitaire

Le démarrage d'une clinique privée en ergothérapie est un aspect de la profession qui est rarement abordé dans le cursus scolaire, et les spécificités de cette forme d'exercice ne sont abordées que de manière sommaire (ACE, s.d.; Association of Canadian Occupational Therapy University Programs [ACOTUP], 2024; UQTR, s.d; Université de Montréal [UdeM], s.d.; Université d'Ottawa [UO], s.d.; Université Laval [UL], s.d.; Université de Sherbrooke [UdeS], s.d.; Université McGill, s.d). Cela laisse les futurs ergothérapeutes mal préparés à faire face aux défis entrepreneuriaux qui les attendent. En effet, dans l'étude de Moir et ses collaborateurs (2022), les nouveaux diplômés interrogés quant à leur expérience en pratique privée ont dit ressentir une pression pour être compétents, et se sentir parfois dépassés par des lacunes perçues dans leurs compétences. Ils revendiquent d'ailleurs une meilleure préparation universitaire quant au marché privé et un meilleur accès à des données probantes sur les caractéristiques de cette pratique.

CADRE DE RECHERCHE

Le cadre théorique choisi pour ce projet repose sur la théorie de programme et le modèle logique, qui permet de clarifier et de structurer les relations complexes entre les ressources, les activités et les résultats attendus d'un programme (Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada [SCTC], 2012; Santé publique Ontario [SPO], 2016; Tougas et coll. 2021).

Théorie de programme

Une théorie de programme évalue les raisons pour lesquelles une activité donnée devrait produire les résultats souhaités plutôt que se restreindre à l'énoncé des résultats. Il s'agit d'une pratique exemplaire de gestion (Cartwright et Hardie, 2012; Mayne, 2017; SCTC, 2012).

Habituellement, l'élaboration de cette théorie comporte trois étapes. D'abord, la conception d'un modèle logique qui illustre clairement et explicitement des liens de causalité entre les activités et les résultats souhaités. Celui-ci doit être justifié par des preuves empiriques (Mayne, 2017; Patton, 2008; SCTC, 2012; Stame, 2004). Ensuite, énoncé et justifié à l'aide de preuves empiriques les hypothèses sur les mécanismes associés aux liens du modèle logique. Les mécanismes sont les processus ou éléments nécessaires qui doivent se concrétiser pour que le lien de causalité se manifeste et permettre au programme de produire des résultats (Patton, 2008; SCTC, 2012; Stame, 2004). La dernière étape consiste à décrire les facteurs externes pouvant influencer les résultats prévus se basant sur les preuves empiriques disponibles. Les facteurs externes

décrivent des circonstances, situations ou évènements indépendants, hors du contrôle direct de l'activité (ex. guerre ou catastrophes naturelles, pandémie, contexte socioculturel, politique ou économique, expériences personnelles ou professionnelles antérieures, etc.) qui pourraient influencer le programme (Blamey et Mackenzie, 2007; Patton, 2008; SCTC, 2012; Stame, 2004;). Enfin, ces trois étapes comportent des pistes de questionnements afin de guider l'évaluateur dans sa compréhension du fonctionnement des activités et des mécanismes associés aux liens du modèle logique qui permettent, ou non, au programme de produire des résultats. Dans le cas échéant, les mesures permettant à l'activité d'avoir un effet souhaité à court, moyen et long terme sur les résultats (Mayne, 2017).

Ensuite, la théorie de programme est confirmée ou infirmée selon les inférences causales que l'évaluateur conclut entre les activités, les facteurs externes, les mécanismes associés aux liens du modèle logique et les résultats (Patton, 2008; SCTC, 2012; Stame, 2004). Plus précisément, quatre conditions doivent être respectées afin de mettre en évidence une inférence causale. Premièrement, l'activité doit être issue d'un modèle logique basé sur une théorie de programme, découlant d'hypothèses solides et plausibles. Deuxièmement, les activités doivent avoir été mises en œuvre. Troisièmement, la théorie de programme doit se confirmer au moyen de preuves empiriques: le modèle logique s'est réalisé, les hypothèses ont tenu et les résultats souhaités ont été observés. Enfin, les facteurs externes doivent être évalués et démontrer qu'ils contribuent ou ne contribuent pas significativement aux résultats (Mayne, 2017; Patton, 2008; STCD, 2012; Stame, 2004).

Mises en place correctement, les théories de programme sont très bénéfiques pour les personnes entrepreneurs. En effet, elles ont de multiples utilités, tant pour le développement, que la gestion et l'évaluation des activités (Mayne et Johnson, 2015; STCD, 2012; White, 2009). Par exemple, les théories de programme peuvent être utiles à chacune des étapes de l'élaboration d'un programme: planifier et concevoir des activités; faire le suivi des résultats; évaluer et chercher des pistes d'amélioration des mécanismes; élaborer une méthodologie ou des outils d'évaluation; élaborer des mécanismes plus efficaces qui se concentrent que sur les lacunes; faciliter la rédaction de rapports de performance (Darnton, 2008; Johnson et coll., 2014; James, 2011; Funnell et Rogers, 2011; Mayne, 2017; Mayne et Johnson, 2015; Stein et Valters, 2012; Vogel, 2012;). La théorie de programme est aussi bénéfique pour le climat de l'entreprise. Notamment, elle facilite l'identification d'enjeux éthiques, d'équité, de genre et les inégalités de pouvoir. La mise en place de la théorie de programme favorise aussi l'entente des différents intervenants impliqués sur la façon d'intervenir sur un mécanisme précis. En effet, elle permet de formuler les descriptions des mécanismes dans un langage commun, qui a du sens pour tous les intervenants impliqués (Johnson et coll., 2014; Mayne et Johnson, 2015; STCD, 2012; Vogel, 2012; White, 2009;).

D'un autre côté, l'élaboration d'une théorie de programme comporte certaines limites. Notamment, elle peut parfois être laborieuse à élaborer, car elle requiert la collecte de plusieurs données et beaucoup de temps d'évaluation pour faire la synthèse et obtenir un consensus parmi tous les intervenants. De plus, si plusieurs théories de programme plausibles sont formulées, il conviendra de les mettre à l'épreuve individuellement afin de cerner leurs différences, d'identifier celle qui rend le mieux

compte de la réalité, et d'en analyser les répercussions (Johnson et coll., 2014; Mayne et Johnson, 2015; STCD, 2012; Vogel, 2012; White, 2009;).

Modèle logique

Le modèle logique est un outil visuel utilisé pour simplifier des liens complexes de causalités entre diverses composantes pendant la planification, la mise en œuvre et l'évaluation d'un programme. Plus précisément, un modèle logique repose sur quatre finalités: l'amélioration du programme, la surveillance et conformité, l'évaluation du mérite, et le développement de connaissances. En effet, grâce à son approche holistique, il permet aux intervenants d'identifier l'ensemble des parties prenantes ainsi que les influences externes susceptibles d'affecter les résultats escomptés du programme, tout en analysant l'ensemble des mécanismes à l'origine des changements observés, et non seulement la finalité du programme et ses résultats. Il peut donc être utilisé seul ou à l'intérieur de l'élaboration d'une théorie de programme, et être aussi général ou spécifique que nécessaire (SPO, 2016; STCD, 2012; Tougas, et coll., 2021; Vogel, 2012).

Concrètement, il représente visuellement les différents liens de causalité entre six composantes principales : l'objectif, les intrants, les activités, les groupes visés, les extrants et les résultats. Par définition, l'objectif énonce la cible pour les résultats souhaités par le programme à long terme. Les intrants représentent tout ce qui a été investi (temps, ressources, personnel, etc.) pour le programme ou pour une activité. Une activité est une intervention qui sera mise en œuvre dans le cadre du programme. Les groupes visés décrivent la population cible qui bénéficiera directement ou non du

programme. Les extrants sont les produits ou activités mesurables découlant d'activités antérieures ou du programme. Enfin, les résultats sont les changements qui devraient découler du programme. Ceux-ci peuvent être à court, moyen et long terme, et ils sont liés aux connaissances, à la sensibilisation, aux comportements ou à des aptitudes (SPO, 2016; STCD, 2012; Tougas, et coll., 2021; Vogel, 2012).

Mis en pratique correctement, l'application de ce cadre théorique dans le contexte du démarrage d'une clinique privée en ergothérapie est très pertinente pour les personnes entrepreneures, car il permet d'identifier les facteurs clés et les stratégies nécessaires pour assurer le succès du projet, tout en tenant compte des obstacles externes, notamment ceux vécus par les femmes entrepreneures. En effet, ce cadre offre une approche systématique pour analyser et structurer les étapes nécessaires à la création et à l'évaluation de la clinique. Cela malgré que parfois l'ensemble des données recueillies soit difficile à catégoriser dans chacune des composantes (Tougas, et coll., 2021). De plus, l'application du modèle logique est reconnue parmi les compétences essentielles à acquérir par tout évaluateur, du point de vue de la société canadienne d'évaluation de programmes [SCÉ] (SCÉ, 2025) et américaine d'évaluation de programme [AEA] (AEA, 2018). Elle concorde également avec les exigences de l'ACE quant à la compétence d'excellence de la pratique (ACE, 2021), puisqu'elle favorise une planification structurée, rigoureuse et transparente des interventions. Cette approche contribue donc à améliorer la qualité de la prise de décision, à renforcer la cohérence interne des programmes et à faciliter la communication des objectifs et des résultats auprès des parties prenantes, telle que définie par l'ACE (2021). Le modèle logique servant de référence dans le cadre de cet essai est présenté à l'annexe A.

DÉFINITION DE LA PROBLÉMATIQUE

Exposée du sujet d'étude

Cette étude s'intéresse aux femmes entrepreneures en ergothérapie, une profession composée majoritairement de femmes (OEQ, n.d.). Elle vise à faire entendre leur voix quant aux obstacles documentés dans les données probantes, notamment ceux liés à leurs rôles sociaux et familiaux (Adema et coll., 2014; Barrère-Maurisson, 2006; Statistique Canada, 2020), lesquels constituent un frein potentiel à la croissance et à la performance de leur entreprise (Coleman et Robb, 2009; Couture et Houle, 2020; Fairlie et Robb, 2009; Grekou, 2020; Grekou, Li et Liu, 2018; Industrie Canada, 2015; Rosa et Sylla, 2016).

Par ailleurs, actuellement, 20 % des ergothérapeutes exercent en pratique privée (OEQ, 2015a). Selon les tendances observées à l'échelle mondiale, cette proportion pourrait croître au cours des prochaines années. Toutefois, cette réalité soulève déjà plusieurs enjeux qui affectent la profession, tant sur les plans professionnel, social que scientifique. Ainsi, ces constats mettent en lumière la nécessité d'examiner cette réalité sous différents angles afin d'en comprendre les répercussions sur la pratique, les défis vécus par les professionnels ainsi que les lacunes présentes dans la littérature.

Contexte empirique

D'un point de vue professionnel et social, l'OEQ souligne que ses membres expriment une préoccupation marquée à l'égard du professionnalisme et de la crédibilité de la profession dans le secteur privé (OEQ, 2015a). D'ailleurs, les nouveaux diplômés

rapportent également un sentiment de compétences inférieures pour exercer dans ce secteur (Moir, 2022). En plus, la grande majorité des plaintes à l'endroit d'ergothérapeutes du Québec concernent des acteurs de la pratique privée (OEQ, 2015b). Cela est préoccupant étant donné qu'une minorité d'ergothérapeutes travaillent au privé. Ainsi, la proportion de plaintes à l'égard d'ergothérapeutes de ce secteur est supérieure à celle qui vise des ergothérapeutes du secteur public.

Par ailleurs, les femmes ergothérapeutes font face à davantage d'obstacles entrepreneuriaux que leurs homologues masculins dans ce secteur d'activité (Adema et coll., 2014; Barrère-Maurisson, 2006; Statistique Canada, 2020). Ainsi, face à ces constats préoccupants (la surreprésentation des plaintes envers les ergothérapeutes du secteur privé, le sentiment de compétences inférieures des nouveaux diplômés, ainsi que les obstacles entrepreneuriaux plus marqués pour les femmes dans ce secteur), il apparaît essentiel, d'un point de vue professionnel et social, d'examiner en profondeur ces réalités. Cela permettra non seulement de mettre en lumière les lacunes actuelles de l'offre de services, mais aussi de sensibiliser les décideurs quant aux besoins de subventions et réformes, de mieux outiller les praticiens afin d'identifier des pistes de solutions efficaces pour atténuer ces difficultés et, enfin, de bonifier la qualité et l'accès aux services offerts.

Contexte théorique

D'un point de vue scientifique, les données probantes concernant la pratique privée en ergothérapie au Québec sont actuellement limitées ce qui rend difficile

l'identification des défis spécifiques de ce secteur et l'élaboration de stratégies de soutien adaptées. Par exemple, le démarrage d'une clinique privée en ergothérapie n'est pas abordé dans le cursus académique (ACOTUP, 2024; ACE, s.d.; UdeM, s.d.; UdeS, s.d.; UL, s.d.; UO, s.d.; Université McGill, s.d ; UQTR, s.d.), et cela laisse les futurs ergothérapeutes mal préparés aux défis entrepreneuriaux (Moir et coll., 2022). Ainsi, il est souhaité que cette recherche permette le développement de connaissances afin de faciliter l'autonomisation des ergothérapeutes qui souhaitent démarrer leur pratique privée.

Résultats escomptés

Pour conclure cette section, il est souhaité que cette étude puisse sensibiliser les acteurs du privé à la présence de ces enjeux et aux impacts négatifs qu'ils peuvent avoir sur l'exercice de la profession, les professionnels eux-mêmes et la clientèle, et ce, afin de mettre en place des stratégies visant à éviter ou diminuer la détresse vécue par les ergothérapeutes entrepreneures. Pour ce faire, cette recherche souhaite développer des données probantes suffisamment fiables afin de soutenir les ergothérapeutes entrepreneurs dans leur décision d'affaires, afin de renforcer le sentiment de compétence professionnel dans l'exercice de leur fonction en pratique privée, et ce, afin d'assurer des services de qualité qui répondent aux besoins avérés des clients.

QUESTION DE RECHERCHE ET OBJECTIFS

La question de recherche à l'origine de cet essai est : Quelles sont les composantes à considérer lors du démarrage d'une clinique privée en ergothérapie? Il s'ensuit que la présente recherche a pour objectif de développer un modèle logique pour guider les ergothérapeutes dans le démarrage de leur clinique, tout en mettant en lumière les obstacles spécifiques rencontrés par les femmes entrepreneures dans ce secteur. C'est-à-dire que ce projet vise de dresser un portrait des étapes à suivre, ressources nécessaires et obstacles à prévoir, pour les jeunes femmes entrepreneures qui souhaitent démarrer leur clinique privée en ergothérapie au Québec. Puisque cette recherche s'inscrit dans le cadre d'une maîtrise professionnelle en ergothérapie, cette conception et l'exploration de ces enjeux s'avèrent à la fois réalistes et réalisables.

MÉTHODE

Cette section présente les éléments de la démarche scientifique de l'étude. Ces éléments ont été mis en place afin de répondre à la question à l'origine de la recherche et d'atteindre ce faisant l'objectif de la recherche, soit d'identifier les composantes à considérer lors du démarrage d'une clinique privée en ergothérapie et développer un modèle logique pour guider les ergothérapeutes dans le démarrage de leur clinique. Plus spécifiquement, le contexte de l'étude, le devis de l'étude, la population à l'étude, l'échantillon, le recrutement, la méthode de collecte de données, l'analyse des données ainsi que les considérations éthiques et les critères de scientificité y sont présentés, et ce, suivant cet ordre.

Contexte de l'étude

L'étude ci-dessous s'inscrit dans un contexte pédagogique. Elle répond aux exigences liées à la formation dans le cadre d'une maîtrise professionnelle en ergothérapie. La période allouée pour la réalisation de celle-ci est de 18 mois.

Devis de recherche

Une étude qualitative à visée descriptive à orienter cette recherche. L'étude qualitative descriptive se fonde sur des postulats et une approche holistique des êtres humains. Par l'entremise de l'exploration de différents événements, l'étude qualitative descriptive a pour objectif de décrire les caractéristiques d'une population ou d'un

concept; ou d'expliquer certains comportements, réponses et interactions associés à des événements de l'expérience humaine (Fortin et Gagnon, 2022; Sandelowski, 2000). Plus concrètement, l'expérience humaine peut se traduire par des phénomènes tels qu'une émotion, une expérience vécue, une relation interpersonnelle, l'exposition à un programme ou l'engagement dans une organisation. (Fortin et Gagnon, 2022; Patton, 2015) Dans ce cas-ci, la situation à l'étude est l'entrepreneuriat féminin en ergothérapie au Québec, et l'identification des facilitateurs et des obstacles au démarrage d'une clinique privée. Par conséquent, l'utilisation de l'étude qualitative descriptive, afin d'orienter la recherche, est pertinente. En effet, ce type d'étude permet d'acquérir des connaissances sur la situation peu étudiée du démarrage d'une clinique en ergothérapie, et ce, directement dans le milieu naturel à l'étude en plus de chercher à découvrir le qui, le quoi et le lieu de cette situation (Fortin et Gagnon, 2022; Gray et Grove, 2021), et donc de répondre rigoureusement à la question de recherche et, par conséquent, aux objectifs qui en découlent.

Population à l'étude

Cette étude porte sur les femmes entrepreneures en ergothérapie et vise à décrire leur réalité professionnelle, en tenant compte des rôles sociaux et familiaux tels que présentés dans la littérature (Adema et coll., 2014; Barrère-Maurisson, 2006; Statistique Canada, 2020).

Échantillon

Afin de s'assurer que les participantes possèdent une expérience suffisante pour fournir des informations pertinentes sur les défis et les facteurs de succès liés à la gestion d'une clinique privée en ergothérapie, ainsi que sur les défis vécus au travail en raison de stéréotypes de genre, les critères d'inclusion déterminés pour cette étude sont les suivants : 1) être ergothérapeute ou ergothérapeute retraitée, 2) être de sexe féminin ou s'identifier comme une femme, 3) avoir lancé sa propre clinique d'ergothérapie depuis au moins un an, 4) être ou avoir été propriétaire ou actionnaire d'une clinique privée en ergothérapie pendant au moins un an.

Le nombre de participantes ciblées s'est basé sur un calcul hypothétique, basé sur les données disponibles du site de l'OEQ (OEQ, n.d.). Cela dit, parmi les 6 500 membres actuels, 1300 pratiquent dans le secteur privé (20%), et 91 sont gestionnaires (7%). La profession étant majoritairement féminine (90%), il est estimé que cela représenterait donc 82 femmes ergothérapeutes gestionnaires. Comme toutes les gestionnaires du privé n'ont pas démarré leur clinique, on suppose de manière conservatrice que 41 (50%) serait notre maximum théorique d'ergothérapeutes femmes ayant démarré leur clinique privée au Québec. Donc, étant donné que cette recherche s'inscrit dans une démarche qualitative par entrevues individuelles semi-structurées, un échantillon cible de 10 participantes est souhaité. Ce nombre est justifié par la littérature scientifique (Guest et coll., 2006 et Patton, 2002), qui indique qu'un échantillon de cette taille permet généralement d'atteindre la saturation des données.

Recrutement

Pour cette étude, une stratégie d'échantillonnage non probabiliste par réseau et effet boule de neige a premièrement été utilisée. Cela dans le but d'obtenir un échantillon qui représente bien la population étudiée dans son contexte (Fortin et Gagnon, 2022), soit les femmes entrepreneures en ergothérapie au Québec. En effet, ce choix méthodologique est justifié par le fait que la population cible est très spécifique. Cela dit, tout au long de l'étude, la méthode d'échantillonnage est demeurée itérative. C'est-à-dire que les stratégies d'échantillonnage se sont ajustées au cours de la collecte des données dans l'optique d'élargir la portée de l'étude. Cette technique a permis de rejoindre un plus grand nombre, par un processus aléatoire, qui a ensuite accentué l'effet boule de neige (Emmel, 2013; Fortin et Gagnon, 2022; Morse et Clark, 2019). Plus concrètement, quatre ergothérapeutes dans le réseau de la chercheuse ont été invitées à participer par courriel. Ensuite, le recrutement s'est élargi au-delà de mon réseau professionnel, soit en sollicitant la communauté d'ergothérapeutes exerçant en clinique privée au Québec via les réseaux sociaux, et par bouche-à-oreille. Pour ce faire, l'affiche de recrutement fut partagée sur deux groupes Facebook dédiés à cette communauté professionnelle, ainsi que sur LinkedIn. Cela a permis d'obtenir un portrait plus représentatif de la pratique privée en ergothérapie. Celle-ci est présentée à l'annexe B.

Collecte de données

La collecte de données a débuté avec un questionnaire sociodémographique sur la banque interactive de questions (BIQ). Ce questionnaire est disponible à l'annexe C. La BIQ a été sélectionnée, car c'est un outil numérique permettant de créer facilement des questionnaires. De plus, l'adoption institutionnelle de la BIQ à l'UQTR est bien établie pour des projets de recherche nécessitant la collecte de données sensibles, anonymisées et

la réalisation de sondages à grande échelle. Les informations obtenues auprès des participantes ont donc été protégées de manière conforme aux exigences de confidentialité en vigueur dans les activités de recherche.

Ensuite, l'entrevue semi-structurée a été choisie comme méthode de collecte de données principale. Ce type d'entrevue est l'un des outils de prédilection en recherche qualitative, car il permet d'obtenir des descriptions élaborées (Fortin et Gagnon, 2022). De plus, ce choix promeut la participation active des participantes nécessaire pour l'atteinte des objectifs de l'étude. Plus précisément, l'étudiante-chercheuse à la suite de brèves salutations d'accueil a décrit les objectifs de l'étude et son déroulement. Comme l'entrevue est enregistrée et se base sur le modèle logique de Tougas, et coll, une phase de sensibilisation à l'enregistrement et de mise à niveau théorique a été nécessaire avant de débiter.

Guidée par la méthode des récits de vie, l'entrevue s'est composée de deux parties (Bertaux, 1997; Sanséau, 2005). En premier lieu, la participante a été invitée à se raconter librement et encouragée à prendre le contrôle de l'entretien. L'objectif était de recueillir un récit de vie aussi détaillé que possible concernant la création et la viabilité de sa clinique privée en ergothérapie, en s'inspirant des composantes du modèle logique. Pendant ce temps, l'étudiante-chercheuse a fait preuve d'écoute active et a saisi les opportunités offertes dans le discours afin de demander un développement au besoin. Pour ce faire, certaines techniques de relation d'aide telles que le reflet, ou la reformulation ont été utilisées. En deuxième lieu, de manière assez courte, l'étudiante-chercheuse a questionné davantage certains points afin d'obtenir des compléments d'information. Pour ce faire, l'étudiante-chercheuse a utilisé un guide d'entrevue

composé de questions plus spécifiques concernant différentes composantes du modèle logique, comme les intrants, les activités et les groupes visés. Par exemple, des questions telles que « Quels sont vos principaux frais fixes (loyer, salaires, assurances, etc.) et variables (frais de matériel, consommables, coûts des traitements, etc.) ? » ou « Quels types de services d'ergothérapie avez-vous proposés dès le lancement de votre clinique? » ou « Quelles sont les raisons qui ont motivé le choix de votre clientèle cible? » pourraient être posées. Pour les sections extrants, résultats et facteurs contextuels, des questions telles que « Approximativement, quel est le nombre total de patients qui ont bénéficié de vos services d'ergothérapie au cours des trois premiers mois suivants l'ouverture de la clinique par rapport à depuis l'ouverture de la clinique ? » ou « Quels ont été les principaux réussites ou obstacles financiers et opérationnels de la clinique à court, moyen et long terme, et comment ces résultats ont-ils contribué à la pérennité et à l'expansion de vos services ? » ou « Quels types de réseaux ou de mentorat spécifiques pour les femmes entrepreneures avez-vous trouvés utiles pour soutenir la croissance de votre entreprise ? » pourraient aussi être posées. Ce guide n'a été utilisé qu'à la fin de l'entrevue. Ce guide a été évolutif au cours des différentes entrevues, sujet à changement selon les informations recueillies avec chacune des participantes. Il est possible de consulter ce guide à l'annexe D.

Cette approche objectiviste d'entrevue a été choisie, car elle est pertinente et efficace pour identifier et comprendre par quels étapes et processus les participantes ont pu parvenir au démarrage de leur clinique privée en ergothérapie et par quels moyens elles ont assuré ou non leur viabilité (Peneff, 1990; Sanséau, 2005). Ce récit n'est donc

pas une unique reconstitution du passé, mais considère aussi les objectifs de l'étude (Peneff, 1990; Sanséau, 2005).

C'est ainsi qu'au travers de l'entrevue, l'étudiante-chercheuse et l'entrepreneure ont coconstruit le schéma du modèle logique du démarrage de la clinique privée de la participante à l'aide d'un schéma virtuel. Par ailleurs, toute l'entrevue semi-structurée s'est déroulée par vidéoconférence à l'aide de la plateforme Teams dans un local fermé, selon les préférences des participantes.

Les informations obtenues auprès des participantes lors des entrevues ont donc été protégées de manière conforme aux exigences de confidentialité en vigueur dans les activités de recherche pour sa fiabilité, ses outils d'enregistrement et de transcription, ainsi que ces critères. D'ailleurs, chacune des participantes composant l'échantillon a rempli un formulaire de consentement. Ce document rappelle les droits des participantes, les conditions de confidentialité, la nature et les conditions de la participation à la recherche, les modalités de l'enregistrement et les conditions d'utilisation des données. Les entrevues ont duré environ une à deux heures. Les participantes ont participé une seule fois à l'entrevue semi-structurée.

En fin, il a été avantageux d'utiliser l'entrevue semi-structurée comme celle-ci est très flexible et permet de s'adapter aux réponses des participantes. Ce qui a favorisé une compréhension approfondie du démarrage d'une clinique privée en ergothérapie. De plus, ce type de collecte de données possède une bonne validité interne comme c'est la perspective des participantes qui a été prise en considération. Le guide d'entrevue complémentaire basé sur le modèle logique (annexe D), ainsi que le schéma du Modèle Logique (annexe A) remis lors de l'entrevue seront disponibles en annexe.

Analyse des données

Comme il s'agit d'une étude qualitative avec un devis descriptif, basée sur l'approche de récit de vie de Bertaux (1997), les verbatims ont été examinés à l'aide d'une analyse thématique de contenu, selon l'approche proposée par Paillé et Mucchieli (2021). Ce type d'analyse est particulièrement recommandé dans le cadre d'une approche par récit de vie, car il permet d'identifier les passages significatifs liés à différents thèmes, puis de les comparer au contenu des récits des autres participantes (Sanséau, 2005). L'analyse thématique comporte deux grandes étapes : le repérage et la documentation. Le repérage consiste à relever l'ensemble des thèmes pertinents en lien avec la question de recherche à l'intérieur de l'ensemble des verbatims (Fortin et Gagnon, 2022; Paillé et Mucchieli, 2021). La documentation illustre les tendances du phénomène à l'étude dans un schéma : l'arbre thématique.. Ainsi, la documentation permet d'identifier des parallèles, des divergences, des complémentarités, etc., entre les thèmes repérés (Fortin et Gagnon, 2022; Paillé et Mucchieli, 2021). L'arbre thématique de ce projet est disponible comme référence à l'annexe E.

Plus concrètement, l'analyse thématique des verbatims a permis de repérer les principaux thèmes et tendances pour chaque composante du modèle logique du démarrage d'une clinique privée en ergothérapie, des facilitateurs et des obstacles spécifiques rencontrés par les femmes entrepreneures participantes lors du démarrage de leur clinique privée. Ensuite, cet exercice a permis de créer un modèle logique synthèse d'un démarrage d'une clinique privée en ergothérapie pour soutenir les jeunes femmes entrepreneures.

Cette démarche a été réalisée en continu avec le logiciel NVIVO. L'inscription des thèmes s'est basée sur les composantes théoriques du modèle logique de Tougas et coll., (2021). Le support de ce logiciel comporte plusieurs avantages en termes de systématisation de la démarche, d'autonomisation de la tenue du journal des opérations, de fonctions automatiques comme le repérage et l'extraction des données, en plus d'économiser beaucoup de papier et de surface de travail.

La subjectivité est inévitable dans cette démarche (Sanséau, 2005), il a donc été essentiel de baser l'analyse des données sur des faits et des données probantes afin de repérer les conséquences des stéréotypes de genre sur l'entrepreneuriat féminin au Québec sur les constructions verbales des participantes sans déformer leur propos.

Considérations éthiques

Cette recherche a été approuvée par le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains (CÉREH) de l'UQTR le 4 juin 2025. Le certificat d'approbation éthique est disponible à l'annexe F. Pour respecter le consentement libre, éclairé et continu des participantes, un lien automatique a été intégré à l'affiche de recrutement, ainsi qu'à la description brève du projet lorsque partagé dans les réseaux sociaux. En cliquant sur ce lien pour manifester leur intérêt, les participantes ont directement été redirigées vers une présentation détaillée du projet, des critères d'inclusion et du formulaire de consentement conformes aux exigences du CÉREH de l'UQTR. La lettre d'information (annexe G), le formulaire de consentement (annexe G) et le questionnaire sociodémographique (annexe C) sont disponibles en annexe. De plus, il a été mentionné aux participantes que leur

consentement écrit à la recherche pouvait être retiré en tout temps ou qu'elles pouvaient ne pas répondre à certaines questions du questionnaire sociodémographique ou de l'entrevue. Le respect de la vie privée et des renseignements personnels des participantes a été assuré. Notamment, les verbatim des entrevues ont été anonymisés et les documents confidentiels ont été protégés. De plus, les régions sociodémographiques n'ont pas été associées aux participantes dans le cadre de la recherche, considérant le risque de briser le respect de la confidentialité assuré aux participantes s'il y avait possibilité d'association des différents résultats. La réduction des inconvénients a aussi été mise en place en suggérant aux participantes plusieurs lieux et modalités pour l'entrevue.

Une posture d'ouverture, empreinte de neutralité bienveillante, a été adoptée afin de respecter l'intégrité des propos et de ne pas influencer leur récit. Cette posture correspond aux principes fondamentaux du devis qualitatif descriptif, qui cherche à présenter fidèlement les perceptions, comportements et expériences rapportés, tels que vécus et décrits par les participantes eux-mêmes (Colorafi et Evans, 2016). La posture comprend aussi une certaine transparence quant aux biais et influences de l'étudiante-chercheuse, afin de préserver la fidélité des propos et renforcer la rigueur méthodologique de l'étude (Caelli et coll., 2003). En fin, une écoute active et une ouverture d'esprit ont donc été démontrées pour respecter la dignité et le droit à la parole libre des participantes à l'étude.

Critères de scientificité

Dans cette étude qualitative descriptive, la rigueur scientifique a été assurée conformément aux critères proposés par Fortin et Gagnon (2022), soit la crédibilité, la transférabilité, la fiabilité et la confirmabilité. Chacun de ces critères a été opérationnalisé de manière cohérente avec la méthodologie retenue, soit la co-construction d'une théorie de programme à partir d'entrevues semi-structurées.

Crédibilité

La crédibilité a été renforcée par la co-construction des données lors des entrevues semi-structurées, permettant aux participants de préciser, valider et ajuster en temps réel les éléments du modèle théorique en émergence. Cette démarche s'apparente à une validation interprétative, favorisant une compréhension fidèle de leur expérience. La saturation des données a été atteinte, ce qui assure que les thèmes identifiés sont stables et suffisamment représentatifs. De plus, les résultats ont été comparés à des données probantes récentes, ce qui constitue une forme de triangulation théorique permettant de vérifier la cohérence des interprétations avec l'état actuel des connaissances.

Transférabilité

La transférabilité a été soutenue par l'utilisation d'un cadre de recherche fondé sur la théorie de programme, qui vise précisément à produire une compréhension mécaniste pouvant être généralisée à d'autres contextes et à différentes échelles (Darnton, 2008; Funnell et Rogers, 2011 ; James, 2011 ; Johnson et coll., 2014; Mayne, 2017; Mayne et Johnson, 2015; Stein et Valters, 2012; Vogel, 2012;). Les théories de programme rendent

explicites les mécanismes, les conditions contextuelles et les résultats attendus, ce qui facilite la généralisation théorique plutôt qu'empirique (Tougas et coll., 2021). Pour permettre au lecteur de juger de la transférabilité, le contexte de l'étude, les caractéristiques des participants et les étapes de co-construction ont aussi été décrits de manière détaillée.

Fiabilité

La fiabilité a été assurée par une transparence méthodologique complète. En effet, l'arbre des codes, les guides d'entrevue, les documents utilisés lors de la co-construction et les étapes successives de l'analyse ont été systématiquement décrits dans cet essai. Cette approche constitue une piste d'audit permettant à une personne externe de suivre le raisonnement, les choix analytiques et l'évolution de la théorie de programme. L'usage de procédures uniformes lors de la collecte et de l'analyse contribue également à la stabilité des résultats.

Confirmabilité

Afin d'assurer la neutralité de l'analyse, les résultats ont été ancrés dans les données recueillies et appuyés par des extraits représentatifs. La comparaison avec la littérature récente contribue également à réduire l'influence des préjugés du chercheur en situant les interprétations dans un corpus de connaissances plus large. La traçabilité des codes et la disponibilité des outils soutiennent la confirmabilité en démontrant que les conclusions découlent logiquement du matériel empirique et du cadre conceptuel utilisés.

RÉSULTATS

Cette section présente les résultats issus de l'analyse thématique des verbatim recueillis auprès des participantes dans le cadre de cette étude qualitative. Elle débute par une description des caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des participantes. Les résultats sont ensuite organisés autour des thèmes émergents ayant permis la co-construction d'un modèle logique du démarrage d'une clinique privée en ergothérapie. Finalement, les facteurs externes ayant influencé le processus de démarrage, tant sur le plan des obstacles que des facilitateurs, sont présentés distinctement du modèle logique afin de mieux saisir la complexité de l'expérience des participantes.

Description des participants

Dix participantes ont été recrutées et ont complété le questionnaire sociodémographique et l'entrevue semi-structurée. Les participantes étaient majoritairement âgées de plus de 50 ans. En effet, sept d'entre elles se situaient dans les tranches de 50 à 55 ans ($n = 3$) et de 55 à 60 ans ($n = 4$). Trois participantes étaient plus jeunes, soit âgées de 35 à 50 ans. Ainsi, l'échantillon reflète un groupe relativement expérimenté sur le plan professionnel, se trouvant principalement en deuxième partie de carrière. Les tableaux qui suivent présentent les autres caractéristiques sociodémographiques pertinentes des participantes.

En ce qui concerne l'expérience en clinique privée au moment de l'entrevue (Tableau 1), la majorité présentait un parcours substantiel. Plus précisément, sept participantes cumulaient plus de 15 ans d'expérience, dont trois entre 30 et 35 ans. Seule

une participante comptait entre 1 et 5 ans d'expérience, ce qui montre que l'échantillon était composé de professionnelles bien établies dans leur pratique privée.

Tableau 1. Années d'expérience en clinique privée au moment de l'entrevue

Années d'expérience	Nombre de participantes
1 à 5	1
5 à 10	0
10 à 15	2
15 à 20	1
20 à 25	1
25 à 30	2
30 à 35	3

Les participantes avaient également acquis un niveau variable d'expérience en gestion au moment de l'entrevue (Tableau 2). Six d'entre elles comptaient plus de 15 ans d'expérience, tandis que quatre se situaient entre 1 et 10 ans. Ce portrait indique que la majorité possédait une expertise bien développée en gestion au moment de l'étude.

Tableau 2. Années d'expérience en gestion au moment de l'entrevue

Années d'expérience	Nombre de participantes
1 à 5	2
5 à 10	2
10 à 15	0
15 à 20	2
20 à 25	2
25 à 30	1
30 à 35	1

Concernant l'expérience clinique au moment du démarrage de leur clinique (Tableau 3), la répartition était assez équilibrée : quatre participantes avaient entre 1 et 5 ans d'expérience clinique, trois entre 5 et 10 ans et trois entre 10 et 15 ans. Cela montre que certaines se sont lancées tôt en pratique privée, alors que d'autres ont attendu d'avoir un parcours clinique plus établi.

À l'inverse, la quasi-totalité des participantes disposait de très peu d'expérience en gestion au moment du démarrage de leur clinique. Huit n'avaient aucune expérience préalable, une seule comptait entre 1 et 5 ans, et une autre entre 10 et 20 ans. Ainsi, malgré leur expérience clinique variable, la plupart ont dû développer leurs compétences en gestion « sur le tas ».

Tableau 3. Années d'expérience clinique au moment du démarrage

Années d'expérience	Nombre de participantes
1 à 5	4
5 à 10	3
10 à 15	3

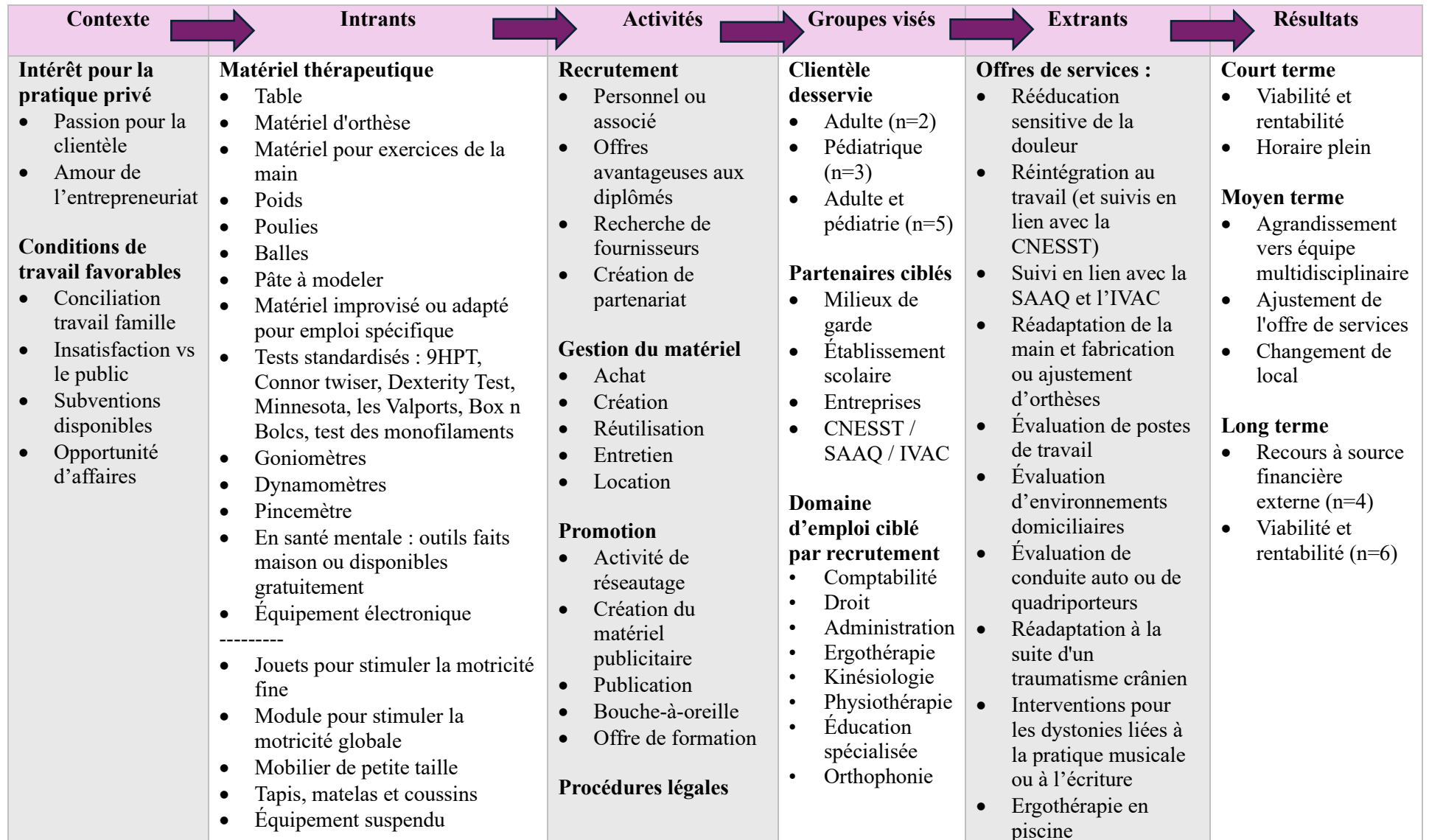
Enfin, en ce qui concerne la formation en gestion (Tableau 4), trois participantes détenaient une formation universitaire formelle (Université de Montréal), trois avaient suivi uniquement quelques heures de formation, et quatre n'avaient reçu aucune formation. Ce constat met en évidence la grande hétérogénéité du bagage de formation en gestion au sein du groupe, tout en soulignant que près de la moitié des participantes n'avaient pas de formation structurée au moment de gérer leur clinique.

Tableau 4. Lieu de formation en gestion

Établissement d'enseignement	Nombre de participantes
Université de Montréal	3
Formation de quelques heures	3
Aucune formation	4

Thèmes émergents de la co-construction du modèle logique

Figure 1. Modèle logique coconstruit



	<ul style="list-style-type: none"> • Tests standardisés : BOT2, SPM, TVSP, MVTP, Sensory School Assessment, Sensory Performance Analysis, Berry VMI, MABC, Mfun, Épreuves Talbot <p>Local</p> <ul style="list-style-type: none"> • Présence • Virtuel • À domicile • Adaptation et rampe d'accès <p>Ressources financières</p> <ul style="list-style-type: none"> • Somme personnelle de départ : 6 793,74\$ ± 3 374,47\$ <p>Frais récurrents</p> <ul style="list-style-type: none"> • Canevas d'évaluations • Formulaires, papiers, crayons • Imprimante, photocopieuse • Électricité • Services de télécommunication • Abonnement AI ou de tenue de dossier • Plateforme pour tenu de revenus et de dépenses • Plateforme de prise de rendez-vous • Agence de publicités et de marketing • Assurances • Entretien du matériel • Déplacements et km <p>Temps</p> <ul style="list-style-type: none"> • Planification: max. 6 mois 	<ul style="list-style-type: none"> • Définir statut juridique de la clinique • Définir le mode d'exercice professionnel • Définir le cadre légal de la pratique • Obtenir # CNESST et de SAAQ d'entreprise <p>Procédures administratives</p> <ul style="list-style-type: none"> • Étude de marché • Planification du plan d'affaires • Création formulaires de consentement • Création grille de tarif • Création des procédures d'urgences et PDSB • Formation du personnel 		<ul style="list-style-type: none"> • Accompagnement d'étudiants pour processus d'admission contingenté • Ergothérapie assistée par le cheval • Développement de l'autonomie fonctionnelle • Sélectivité alimentaire • Disponibilité sensorielle et les habiletés sociales • Ergothérapie en nature • Enseignement de l'approche COP <p>Équipe</p> <ul style="list-style-type: none"> • Départ en solo • Association rapide • Peu ou aucun personnel administratif 	
--	--	---	--	--	--

La figure présente le modèle logique du démarrage d'une clinique privée en ergothérapie, tel que décrit par les participantes. Elle illustre la relation entre les facteurs contextuels qui ont motivé l'entrée en pratique privée, les intrants nécessaires, les activités réalisées, les groupes visés, les extrants générés et les résultats attendus du projet clinique.

Contexte

L'ensemble des participantes ont d'abord décrit des motivations personnelles à l'origine du projet, notamment un intérêt marqué pour la pratique privée, la passion pour une clientèle particulière ou encore l'attrait pour l'entrepreneuriat :

Je pense que le meilleur conseil, ça serait de suivre ses passions, puis de ne pas trop s'attarder à ce que tout le monde dit [...] s'il n'y a personne qui se lance malgré tout, ben ça, ça n'avancera pas (P3), et

Ben, honnêtement là en pédiatrie, si tu veux faire de l'argent, t'as besoin d'aller ailleurs parce que ce n'est pas là, ce n'est pas là qu'elle est l'argent. Tu fais ça parce que t'aimes vraiment ça (P4).

Plusieurs évoquent aussi des conditions de travail perçues comme plus favorables en privé, notamment pour la conciliation travail-famille : « pour la conciliation travail-famille [...] et la souplesse [du] cheminement de carrière, ça l'a vraiment répondu à mon besoin » (P8). L'insatisfaction envers le secteur public a également été un déclencheur pour certaines : « remplir des formulaires pour acheter des jouets [...] ça prenait des mois. Faire des stats, il y avait beaucoup de paperasse, j'avais l'impression que je n'étais

pas efficace » (P4), « on n'arrivait jamais à avoir vraiment la réponse à nos questions [...] il y avait plus de contraintes et beaucoup moins d'autonomie » (P6). Enfin la présence d'opportunités concrètes (subventions, occasions d'affaires, etc.) sont également des composantes qui ont motivé le choix de pratique des participantes.

Intrants

Le démarrage nécessitait un ensemble important de ressources matérielles, variant selon la clientèle visée. En pratique adulte, les participantes ont mentionné du matériel d'orthèse, des outils pour la rééducation de la main, des tests standardisés et divers équipements.

Ça prenait une petite table pour les thérapies de la main. Tu sais que je pouvais monter, descendre, incliner [...], du matériel d'orthèse, puis du matériel d'exercice pour la main [...] ça prenait des poids, des poulies, des balles, de la pâte à modeler [...] et quand les gens ont des trucs vraiment spécifiques, on s'adapte, on mime. On va chercher du matériel au fur et à mesure ou des fois, c'est les entreprises qui nous prêtent du matériel (P6).

En pédiatrie, les intrants incluaient davantage de matériel ludique et sensoriel (jouets, modules moteurs, matériel suspendu, mobilier adapté), ainsi que plusieurs tests standardisés propres à l'évaluation des enfants comme : le BOT2 [Bruininks-Oseretsky Test of Motor Proficiency, Second Edition], SPM [Sensory Processing Measure], TVSP [Test of Visual Perceptual Skills], MVTP [Motor-Free Visual Perception Test], Sensory

School Assessment, Sensory Performance Analysis, Berry VMI [Beery-Buktenica Developmental Test of Visual-Motor Integration].

Ensuite, les participantes ont aussi dû choisir leur lieu d'exercice (présentiel, virtuel ou à domicile), en tenant compte parfois des besoins d'accessibilité. En tout, le démarrage demandait également des ressources financières, dont une mise de fonds personnelle moyenne d'environ 6 800 \$. Enfin, les participantes mentionnent aussi des frais récurrents (matériel, abonnements, assurances, déplacements), comme : « les frais de formulaires, papier, crayons, pour [les] évaluations, l'électricité, le téléphone, la photocopieuse » (P4) et les « abonnements à une plateforme de tenue de dossier, de revenus, de dépenses, pour envoyer des factures » (P5). Par ailleurs, les participantes ont consacré une période de planification d'environ six mois avant de démarrer leur clinique.

Activités

Le démarrage impliquait des activités multiples et souvent simultanées. D'abord, plusieurs participantes ont effectué des activités de recrutement, soit de personnel administratif, de collaborateurs ou d'associés : « Le recrutement d'employés, ça, c'est vraiment le nerf de la guerre. La compétition elle n'est plus dans les clients, elle est vraiment là » (P2).

Les participantes ont aussi mené diverses activités de promotion, telles que le réseautage, la création de matériel publicitaire, les publications ou l'utilisation du bouche-à-oreille : « La meilleure publicité, c'est le bouche-à-oreille en! Par ce que tous

les gens que j'ai soignés qui reviennent parce qu'ils ont, tu sais, les gens en fait, ils se blessent plus qu'une fois dans la vie » (P6).

Les procédures légales et administratives faisaient partie des tâches essentielles : choix du statut juridique, conformité professionnelle, obtention des numéros CNESST/SAAQ, étude de marché, plan d'affaires, création des formulaires et des documents internes.

On a enregistré la compagnie, il a fallu acheter le nom de la compagnie, là on est en processus pour s'incorporer en ce moment. En fait, tu sais, on est tous en train de faire ce, cette démarche-là, qui sont quand même. Assez laborieuse là, c'est-à-dire que ça, ça nous prend quand même pas mal de temps d'admin là ouais (P2).

En fin, la gestion du matériel représentait également une part importante des tâches : achat, création ou réutilisation d'outils, entretien ou location.

Groupes visés

Les participantes visaient diverses clientèles : adultes, enfants ou une combinaison des deux. Elles ont aussi ciblé des partenaires externes tels que les milieux de garde, les écoles, les entreprises ou les organismes payeurs (CNESST, SAAQ, IVAC). Enfin, le recrutement ou la collaboration pouvait viser plusieurs professions (ergothérapie, kinésiologie, physiothérapie, administration, etc.).

Extrants

Les activités et ressources ont mené à une diversification importante de l'offre de services, allant de la réadaptation de la main au travail en équithérapie, en passant par les suivis liés aux tiers payeurs, l'évaluation fonctionnelle, l'ergothérapie en piscine, les évaluations ergonomiques ou les approches en nature. Puis, sur le plan organisationnel, les participantes ont majoritairement débuté en solo, certaines ayant intégré rapidement un associé, mais souvent avec peu ou pas de soutien administratif :

Au début on était juste nous trois associés. Puis, ça s'est fait tout au fur et à mesure que la demande est arrivée et qu'on engage. Maintenant, ils sont 8 ergos à temps plein, 2 kinésologues, et 3 agentes administratives. (P1)

Résultats

À court terme, les objectifs concernaient surtout la viabilité financière et l'atteinte d'un horaire complet : « on est toutes arrivées à temps plein, l'équivalent du public » (P1).

À moyen terme, plusieurs participantes souhaitaient élargir leur équipe, ajuster leur offre ou changer de local pour répondre à la demande :

Je dirais que j'ai toujours tu sais, j'ai ajusté selon les besoins de ma clientèle et selon mes besoins selon les besoins selon qu'est-ce que je savais...qu'est-ce que j'avais appris? Fait que je dirais que c'était toujours en en croissance. (P4)

« Après quelques années, mettons j'ai tu sais, j'ai fait des ajustements puis des ajouts, tu sais. Comme un peu en boucle d'amélioration continue pour aussi être plus performante » (P8). En fin, à long terme, certaines envisageaient de recourir à des financements externes, tandis que la majorité visait la pérennité et la stabilité de leur clinique.

Facteurs externes

Obstacles. Notoriété. Sept participantes décrivent le manque de notoriété de l'ergothérapie comme un obstacle majeur à la pratique en clinique privée. En effet, quelques-unes rappellent, comme P1, qu'« à l'époque on n'était pas couvert ! Les assureurs ne couvraient pas ça l'ergothérapie », ce qui limitait d'emblée l'accès aux services. À cela s'ajoute la difficulté de faire reconnaître la pertinence de leur rôle, comme l'explique une participante : « Ce qui a vraiment été compliqué là, c'était de convaincre les professionnels de la santé que ce que je faisais, ça faisait du sens » (P3). Le contexte professionnel renforçait également cette faible visibilité, alors que, selon l'une d'elles, « on n'était pas beaucoup, on n'était vraiment pas beaucoup. Jusque-là, juste des ergos dans les cliniques privées, il n'y en avait pas » (P1). Cette rareté contribuait à une méconnaissance généralisée de la profession chez les clients potentiels, tel que le mentionne P2 : « Ces gens-là ne vont pas nécessairement rechercher des services en ergothérapie. Ils ne savent pas vraiment ce qu'on fait » (P2), que dans la communauté en général, où « la méconnaissance du métier. Ça, ça a été un gros frein dans la région » (P6). Enfin, certaines évoquent aussi la difficulté intrinsèque à définir la profession elle-même, affirmant que « l'ergothérapie en soi, je pense que c'est à définir

en termes de compétence » (P2) et que c'est « une profession tellement vaste et complexe qu'on a plus de mal à se définir » (P6).

Tarifs gouvernementaux. Les propos recueillis de sept participantes révèlent que le cadre financier établi par les programmes publics peut devenir une source de contrainte pour les cliniciennes. L'une d'elles résume clairement cet enjeu en affirmant : « Les obstacles là ! C'est que tu es dépendant du gouvernement pour tes tarifs CNESST et SAAQ » (P1). Ces tarifs, imposés par les instances gouvernementales, évoquées par P1, correspondent à un taux horaire fixe spécifiquement attribué à l'évaluation et la prise en charge de ce type de clientèle, établi pour une période pouvant aller jusqu'à dix ans. Ainsi, même si le coût de la vie, les frais d'exploitation d'une clinique ou encore les salaires du personnel augmentent au fil du temps, les ergothérapeutes demeurent tenus de facturer les mêmes montants pour les services offerts aux clientèles couvertes par la CNESST ou la SAAQ.

Rétention du personnel. Le thème de la rétention du personnel a été abordé par six participantes, correspondant à toutes celles travaillant au sein d'équipes. L'une d'elles décrit cette difficulté en ces termes : « J'ai eu beaucoup de problèmes de rétention à la fin de ma carrière. Les gens retournaient au public » (P1), soulignant le défi de maintenir des employés qualifiés sur le long terme. Une autre participante souligne que le recrutement et la fidélisation du personnel constituent un enjeu central : « Le recrutement d'employés,

ça, c'est vraiment le nerf de la guerre. La compétition elle n'est plus dans les clients, elle est vraiment là » (P2).

Manque de connaissances en entrepreneuriat et en gestion. Le manque de connaissances en gestion et en entrepreneuriat est ressorti comme un obstacle pour cinq participantes. L'une d'elles décrit clairement ce vide de formation :

C'est quoi un gestionnaire ? Comment on le devient ? Dans les écoles en ergothérapie, on ne nous enseigne pas ça. [...] On n'est pas exposés à ça. Fais que je pense qu'il y a un manque de connaissance du milieu (P2).

Cette participante précise d'ailleurs que « le manque de connaissance, au niveau de la gestion et de l'entrepreneuriat. Mais surtout de là, de la, la vision stratégique » (P2) représente un frein important à la prospérité de l'entreprise. D'autres soulignent également l'absence de ressources adaptées au démarrage d'une pratique privée, mentionnant que « on s'est basé sur notre guide de déontologie, il n'y avait pas de guide sûr comment démarrer, ça n'existait pas » (P10) et que cela demande :

Plein de connaissances comme ça, qu'on ne connaissait pas qui n'ont pas rapport avec l'ergo, hein. [...] Mais, il n'en avait pas avant, n'y'en avait pas. Donc, on ne pouvait pas tout savoir. On l'a appris sur le tas, puis là aujourd'hui on est des références(P1).

Certaines participantes rappellent aussi, comme P10, qu'« en pratique privée, on a été des défricheurs, il n'y avait pas de données probantes disponibles », illustrant le caractère pionnier, mais aussi isolé de leurs démarches.

Facturation. La facturation émerge comme un enjeu important pour quatre des participantes. Pour l'une d'elles, le passage à la pratique privée a rendu difficile le fait de demander un paiement, comme elle l'explique :

Au début, faire payer les patients. [...] puis là, elle n'a pas d'argent. Bon bin on va se voir pareil un petit 20 min. J'ai fait ça beaucoup... [...] Je venais du public, pour moi, parfois c'était inconcevable de ne pas la voir, tu sais ! (P1)

Pour une autre, le défi est lié à la cohérence entre le coût et la prestation, notamment « faire payer les clients, mais que le service soit offert par une stagiaire [ont été] difficiles » (P8). Pour plusieurs, la dimension relationnelle rend aussi cet aspect complexe, comme l'explique P4 : « ce n'est pas évident avoir une relation avec le parent, puis aussi en même temps parler d'argent ». Cette gêne se manifeste également dans la tarification elle-même, alors que certaines reconnaissent que « on n'a jamais chargé ce que ça aurait vraiment valu » (P3). Cela, car la majorité comme P4 souhaitait « que ça soit accessible à des parents parce qu'il en a énormément qui n'ont pas d'assurances ».

Absence prolongée. Deux participantes ont également évoqué les défis liés à la gestion des absences prolongées dans le contexte de la pratique privée. Pour l'une d'elles, la difficulté réside surtout dans l'incertitude de pouvoir s'absenter sans compromettre la continuité de sa clientèle : « J'ai de la misère à voir comment je pourrais repartir en voyage aussi longtemps [...] si je pars, est-ce que ça va tout être à recommencer ? » (P5)

Une autre participante a souligné les limites que cela lui impose lors d'imprévus

personnels, expliquant que « vers la fin, mes parents sont tombés malades [...] Je ne pouvais pas annuler, si je n'annulais, j'allais les avoir pareil à un autre moment, puis qui dit que je n'aurai pas une autre urgence à ce moment-là » (P1).

Stéréotype de genre. La question des stéréotypes de genre a été abordée avec les dix participantes. Les réponses indiquent un consensus relatif quant à leur impact. En effet, neuf participantes ont répliqué de manière identique en affirmant : « Je n'ai jamais eu l'impression que le fait que j'étais une femme était un obstacle » (P8), suggérant que, pour la majorité, le genre n'a pas été perçu comme un frein dans leur parcours professionnel. Toutefois, une participante a nuancé cette perception en déclarant : « J'en ai probablement eu, mais je ne les ai pas vus » (P10), ce qui laisse entendre que certaines expériences de stéréotypes peuvent être présentes, mais non conscientes ou non vécues comme des obstacles significatifs.

COVID-19. Toutes les participantes dont la pratique était déjà démarrée au moment de la pandémie ont soulevé des enjeux majeurs liés aux modifications imposées par les exigences sanitaires. L'une d'elles résume l'impact ressenti de manière frappante : « Je te dirais que la COVID m'est rentrée dedans » (P1). Cette expression illustre le bouleversement majeur que la pandémie a provoqué dans l'organisation de la pratique. Pour l'ensemble d'elles, cela a nécessité des ajustements rapides et parfois complexes pour maintenir la continuité de leurs services tout en respectant les protocoles de santé publique.

Facilitateur. Référencement. Toutes les participantes ont souligné l'importance du référencement comme facilitateur dans le développement de leur pratique. L'un des éléments clés mentionnés est l'apport des autres professionnels de la santé : « Les professionnels me réfèrent beaucoup, aussi des médecins spécialistes » (P3), ce qui illustre le rôle central des collaborations interprofessionnelles dans l'orientation de la clientèle. Le référencement par la clientèle elle-même constitue également un moteur important de croissance..

Pratique basée sur les données probantes.. Huit participantes ont abordé l'importance d'une pratique basée sur les données probantes et l'ouverture aux échanges et aux perspectives variées:

Oui, puis de justement de tu sais investir dans les formations, puis c'est facile de faire des formations, mais c'est difficile les appliquer. [...] Après une formation, de se faire des groupes de travail, de retrouver un autre mentor. Parce que là tu viens d'investir, je ne sais pas 1000\$ là dans une formation là. Puis tu arrives à la clinique tu appliques 2,3 affaires puis 2 mois plus tard t'as oublié qu'est-ce que t'as appris? Fait qu'il faut vraiment que tu le réinvestisses ce que tu as appris (P4).

Et, « faut aller voir un peu partout, puis rencontrer d'autres gens, d'autres professionnels, puis pas forcément des gens dans la santé » (P6). Enfin, dans le même ordre d'idée certaines ont aussi valorisé la diffusion et le partage de leurs connaissances :

« J'ai écrit beaucoup d'articles et publiés à plein de journaux, participé à des émissions de télé... » (P3)

Maternité. Huit participantes ont évoqué leur expérience de la maternité comme contexte influençant le démarrage de leur pratique. Une participante a précisé : « J'étais en congé de maternité, donc j'avais du temps et quand même un revenu » (P6). Plusieurs participantes ont également souligné les avantages familiaux et la flexibilité que leur offrait une pratique privée : « Au niveau de la famille, il y a beaucoup d'avantages » (P1), « Si j'ai besoin d'aller chercher mon enfant, si j'ai besoin de prendre congé, je peux le faire sans le stress de mon chômage, je sais que je vais y arriver à la fin du mois » (P2), ou encore « J'avais de jeunes enfants à ce moment-là, puis je voulais avoir la flexibilité » (P4).

Mentorat. Six participantes ont évoqué l'importance du mentorat dans leur pratique. L'une d'elles a résumé son rôle essentiel : « Je travaille seule, mais je me suis bâti un réseau avec d'autres professionnels. J'ai fait des liens, j'ai des mentors » (P4). L'importance des réseaux pour l'entraide est également soulignée : « Avec le groupe Ergothérapie Québec santé mentale, on peut plus s'entraider en autant qu'on garde la confidentialité de nos clients » (P2) et l'une d'elles a aussi mentionné : « Je vais à des regroupements de raisonnement clinique » (P4). Plusieurs ont aussi insisté sur la diversité des mentors et du soutien disponible :

Avoir des mentors, et pour différentes choses. Par exemple, j'ai un mentor qui est spécialisé en « floor time », un qui est spécialisé en écoute thérapeutique [...] c'est vraiment important d'aller chercher de différentes personnes puis ne pas être gênée de demander aux autres pour de l'aide (P4),

et « Je pense que ça prend vraiment un bon entourage. [...] du mentorat, des amis travailleurs autonomes. J'avais beaucoup de personnes à qui poser mes questions et ça été vraiment vraiment aidant » (P5). Enfin, l'ouverture aux échanges multiples est mise en avant : « Faut pas se contenter de dire ok, c'est juste moi qui ai les bonnes idées, les bonnes réponses à toute, faut aller voir un peu partout » (P6).

Clientèle idéale. Cinq participantes ont abordé l'importance de définir sa clientèle idéale. En effet, plusieurs ont insisté sur l'impact positif de travailler avec le bon type de clients :

80% du temps, il faut que ça soit ton client idéal [...] C'est un type de clientèle avec qui je suis moins fatiguée à la fin de ma journée, fait que ça me permet d'en prendre un peu plus. Mes interventions sont plus précises, je vois rapidement comment arriver aux objectifs(P2).

D'autres ont rappelé l'importance de suivre ses passions :

Je pense que le meilleur conseil, ça serait de suivre ses passions, puis de ne pas trop s'attarder à ce que tout le monde dit [...] s'il n'y a personne qui se lance malgré tout, ben ça, ça n'avancera pas (P3),

et « Faut que tu fasses ça parce que tu aimes ça » (P4).

Bienveillance. Cinq participantes ont évoqué l'importance de la bienveillance envers soi-même dans la pratique privée. L'une d'elles a expliqué : « On n'est pas invincible, on aide beaucoup, mais des fois c'est nous aussi qui avons besoin d'aide » (P1). En effet, plusieurs ont insisté sur la nécessité de se respecter et de poser des limites : « Faut croire en soi, puis il faut quand même rester bienveillant envers soi-même aussi. On n'est pas, on n'est pas indestructible et on a aussi besoin de repos » (P6), « y aller avec c'est quoi mes capacités, puis c'est quoi l'environnement là dans lequel je veux évoluer » (P2), « Vaut mieux en faire moins, mais bien que trop et pas bien » (P6).

Ressources locales. Trois participantes ont mentionné avoir bénéficié de subventions gouvernementales pour soutenir le démarrage de leur pratique, dont une seule a bénéficié d'un programme spécifiquement destiné aux femmes entrepreneures : « Ça tombait dans un créneau où il avait des subventions pour que les femmes se partent en affaire » (P6).

Toutefois, seulement une participante a mentionné l'importance de tirer parti des autres ressources locales pour soutenir le démarrage et le développement de pratique privée. Elle a expliqué : « On est allé au CDL. À l'époque, c'était le centre local de développement, là, c'était les MRC qui géraient ça, donc eux, ils étaient là pour développer l'économie de la région » (P6). Elle a également souligné l'utilité des professionnels de soutien : « Il faut se servir des ressources, tu sais, le comptable, le

fiscaliste, la banque, ils sont là pour ça, c'est toutes des ressources très très aidantes » (P6), et a aussi ajouté : « Les centres d'aide aux entreprises, les CAE, ils sont là, vraiment pour coacher les gens au démarrage d'entreprise, et c'est gratuit aussi ! » (P6)

Expérience clinique. Quelques participantes ont mentionné l'importance de l'expérience clinique avant de se lancer en pratique privée. Une participante a insisté sur la nécessité de se faire connaître et de bâtir une réputation : « Un peu d'expérience avant de commencer, faite-vous un nom, faites-vous connaître un peu là, parce que disons que la marche est haute à franchir si vous n'êtes pas connu » (P1). Une autre a simplement affirmé : « Il faut avoir de l'expérience clinique avant » (P4).

DISCUSSION

La question de recherche à l'origine de cet essai est : Quelles sont les composantes à considérer lors du démarrage d'une clinique privée en ergothérapie? Il s'ensuit que la présente recherche avait pour objectif de développer un modèle logique pour guider les ergothérapeutes dans le démarrage de leur clinique, tout en mettant en lumière les obstacles spécifiques rencontrés par les femmes entrepreneures dans ce secteur, et ce, par l'entremise des perceptions d'ergothérapeutes entrepreneures interrogées.

Le modèle logique qui a émergé de cette démarche constitue un outil structurant permettant d'illustrer, de manière cohérente et séquentielle, les intrants nécessaires, les activités à planifier, les résultats escomptés ainsi que les impacts anticipés d'un tel projet entrepreneurial. Élaboré de façon collaborative à partir des données recueillies, il reflète non seulement l'expérience terrain des participantes, mais également les principes fondamentaux de la pratique ergothérapique.

De fait, les perceptions d'ergothérapeutes du phénomène à l'étude recueillies ont aussi permis d'explorer une variété de dimensions influençant le démarrage d'une pratique privée. Parmi celles-ci, les obstacles tels que le manque de notoriété, la dépendance aux tarifs gouvernementaux, les difficultés liées à la rétention du personnel, la connaissance limitée en gestion et en entrepreneuriat, et les défis liés à la facturation ont été identifiés. Les absences prolongées, ainsi que les perceptions autour des stéréotypes de genre et de l'impact de la COVID-19, ont également été explorées. Du côté des facilitateurs, les participantes ont souligné l'importance du référencement entre professionnels, de la pratique basée sur les données probantes, de profiter de sa maternité,

du mentorat, de définir sa clientèle idéale, de s'offrir de la bienveillance, d'utiliser les ressources locales, et d'avoir de l'expérience clinique.

Comparaison des résultats de l'étude avec ceux des écrits

Notoriété

Les résultats mettent en évidence que le manque de notoriété de l'ergothérapie constitue un obstacle central à l'implantation et à la pratique en clinique privée. Ce constat s'inscrit en continuité avec les analyses de Cooper (2012), qui soulignent que l'ergothérapie peine encore à obtenir une pleine reconnaissance sociale et professionnelle, notamment parce que sa visibilité auprès du public, des décideurs et des autres professionnels demeure fragile. Dans le contexte de l'étude, cette faible reconnaissance se manifeste à plusieurs niveaux et influence autant l'accès aux services que la légitimité perçue du rôle professionnel.

D'abord, la question de la reconnaissance institutionnelle ressort fortement lorsque les participantes évoquent l'absence antérieure de couverture par les assureurs. Cette situation reflète une dynamique plus large où la profession est socialement perçue comme moins essentielle, un phénomène relevé également par Cooper (2012), qui explique que les professions émergentes sont particulièrement vulnérables aux effets des structures administratives sur leur visibilité.

Ensuite, les participantes rapportent des difficultés à faire reconnaître la valeur de leur contribution auprès des autres professionnels de la santé. Cette problématique interprofessionnelle rejoint les constats de Cornett et coll. (2022), dont la revue révèle que les enjeux d'identité professionnelle et de reconnaissance sont récurrents dans plusieurs professions de la santé, particulièrement lorsque leurs champs d'intervention se situent aux frontières de disciplines mieux établies. L'obligation de « convaincre » les autres du sens de l'ergothérapie traduit ainsi un rapport de légitimation encore précaire.

Les écrits soulignent également que l'absence d'un réseau professionnel dense dans un milieu de pratique nuit à l'implantation de la profession et à sa reconnaissance sociale Cooper (2012). La rareté d'ergothérapeutes dans le secteur privé semble donc avoir amplifié cette difficulté, limitant la visibilité des services et la capacité de la profession à s'imposer comme une option crédible.

Cette faible notoriété s'observe aussi chez les clientèles potentielles, qui connaissent mal le rôle de l'ergothérapeute. Ce constat est cohérent avec les résultats de Sarsak (2022), qui montrent que la méconnaissance du métier par le public est un frein majeur au recours aux services d'ergothérapie.

Enfin, les participantes soulèvent une dimension introspective importante : la difficulté de définir l'ergothérapie elle-même. Selon Walder et coll. (2022), la profession possède un champ d'action vaste et complexe, ce qui peut rendre son identité professionnelle difficile à communiquer, tant à l'interne qu'à l'externe. Ce flou identitaire contribue à la confusion persistante autour du rôle réel de l'ergothérapeute et complique la promotion de la profession.

Ainsi, dans l'ensemble, les résultats de l'étude suggèrent que la notoriété limitée de l'ergothérapie est un phénomène multidimensionnel, influencé par son histoire, son positionnement dans le système de santé, ses relations interprofessionnelles et ses défis identitaires internes.

Rétention du personnel

Les difficultés de recrutement et de rétention du personnel rapportées par les participantes s'inscrivent dans une réalité complexe du marché du travail en santé au Québec. En effet, bien que la taille globale de la main-d'œuvre en santé ait fortement augmenté de 1998 à 2024 (Bernard et Seddiki, 2025; Institut de la statistique du Québec, 2024; Statistique Canada, 2025), cela ne suffit pas à assurer un recrutement facile pour une clinique privée, particulièrement dans une discipline paramédicale comme l'ergothérapie.

Par exemple, selon une analyse récente, le taux de postes vacants dans les services de santé et services sociaux a presque doublé entre 2019 (3,5 %) et 2023 (7,4 %), ce qui traduit un accroissement des besoins non comblés (Bernard et Seddiki, 2025; D'Alessandro-Lowe et coll., 2024; Institut de la statistique au Québec, 2024; Statistique Canada 2025). Cette pénurie "statistique" recoupe la « pénurie vécue » décrite par les participantes, qui observent un bassin restreint d'ergothérapeutes prêts à s'engager dans une clinique privée. Cette situation est cohérente avec les données nationales de 2024, où on recensait 12 233 ergothérapeutes fournissant des soins directs au Canada, un nombre

certes en légère hausse, mais qui reste faible quant à la demande croissante de services (Bernard et Seddiki, 2025; Statistique Canada 2025; Walder et coll., 2022).

Par ailleurs, les études récentes indiquent que les difficultés de recrutement ne s'expliquent pas uniquement par un nombre, insuffisant de professionnels, mais également par les conditions de travail. Celles-ci incluent notamment la surcharge, l'instabilité, le manque de soutien ou de reconnaissance, ainsi que le désir d'un meilleur équilibre entre la vie professionnelle et la vie personnelle. Celles-ci sont aussi des facteurs fréquemment associés aux départs ou refus d'emploi (D'Alessandro-Lowe et coll., 2024; Orr et coll., 2025; Statistique Canada, 2025). Ces dynamiques expliquent que, même si des professionnels existent statistiquement, ils ne sont pas nécessairement disponibles ou prêts à rejoindre une clinique privée en démarrage, surtout si elle ne peut offrir des conditions compétitives.

Manque de connaissance

Les résultats de cette étude rejoignent la littérature, qui montre que de nombreux professionnels de la santé se sentent insuffisamment préparés aux exigences non cliniques de la pratique autonome, notamment en matière de gestion, d'organisation administrative et de prise de décisions stratégiques. Par exemple, des recherches récentes au Canada indiquent que les cliniciens en début de carrière manquent souvent de formation liée à la gestion d'une pratique, ce qui limite leur capacité à faire face aux responsabilités administratives, financières ou organisationnelles associées à une clinique privée (Grudniewicz et coll., 2023). Ces constats soulignent que les compétences

entrepreneuriales, bien qu'essentielles à la viabilité d'une pratique indépendante, demeurent peu développées dans les formations professionnelles en santé.

Dans ce contexte, comme l'ont aussi mentionné les participantes, le mentorat et l'intégration des pratiques fondées sur les données probantes apparaissent comme des leviers importants pour soutenir les professionnels souhaitant développer une pratique privée. Le mentorat peut favoriser l'acquisition de compétences pratiques difficilement accessibles dans la formation initiale en offrant un accompagnement stratégique, un soutien à la prise de décision et une expertise issue de l'expérience clinique ou organisationnelle (Ezzat et coll., 2012; Feyissa et coll., 2019). Par ailleurs, la littérature indique que l'utilisation de données probantes contribue à renforcer la rigueur clinique, à structurer la prise de décision et à réduire l'incertitude, des éléments particulièrement importants dans un contexte où les professionnels doivent assumer seules des responsabilités multiples (Hashish et coll., 2020). Toutefois, plusieurs études montrent que l'adoption de pratiques fondées sur les données probantes est souvent freinée par des obstacles tels que le manque de temps, un accès limité aux ressources scientifiques ou des difficultés à repérer l'information pertinente, défis qui peuvent être accentués dans les milieux de pratique privés ou peu connus, notamment en ergothérapie (Lee et coll., 2024; Taba et coll., 2012).

Enfin, la capacité d'une clinique à se développer et à maintenir la qualité des services repose également sur son aptitude à s'engager dans des processus d'amélioration continue (Hill et coll., 2020). Or, les petites structures, comme les cliniques privées, rencontrent fréquemment des contraintes telles que le manque de ressources humaines ou de soutien organisationnel, ce qui limite leur possibilité d'implémenter des stratégies

d'amélioration de la qualité ou d'analyse rétrospective des pratiques (Arvidsson et coll., 2021). Ces limites soulignent l'importance d'un accompagnement externe, ainsi que du recours à des ressources telles que les programmes d'aide aux entreprises ou les services spécialisés, qui peuvent soutenir les professionnels dans la mise en place d'outils de gestion et d'amélioration des pratiques (Girard et coll., 2024).

Facturation

L'analyse du thème de la facturation révèle qu'il s'agit d'un enjeu complexe en pratique privée. Celui-ci est marqué par un malaise persistant à associer une valeur financière aux services offerts. Cette difficulté peut être comprise à la lumière de la littérature sur l'identité et les valeurs des professionnels de la santé. Sajjad et coll. (2021) démontrent que plusieurs cliniciens conçoivent leur rôle à travers un idéal d'altruisme orienté vers le meilleur intérêt du patient. Lorsque des impératifs économiques entrent en jeu, un conflit intérieur peut émerger, rendant délicate la justification d'un tarif ou le processus même de demander un paiement. Burks et Kobus (2012) rappellent également que les professions de la santé sont façonnées par un héritage profondément ancré de compassion, de prosocialisme et de dévouement. Cet ancrage culturel rend la transaction financière difficile à assumer, puisque facturer peut-être perçu comme un geste qui s'éloigne de la vocation humaniste associée au soin. Notamment, cette tension se manifeste particulièrement lors du passage à la pratique privée, où les ergothérapeutes doivent concilier leurs valeurs professionnelles avec de nouvelles exigences entrepreneuriales. Drolet, Pinard et Gaudet (2018) montrent que l'entrée dans le secteur

privé implique une redéfinition identitaire, les cliniciens devant composer avec la rentabilité, la gestion et les responsabilités financières, parfois en contradiction avec leurs motivations initiales centrées sur l'aide.

Par ailleurs, la littérature souligne que la maîtrise des compétences en gestion est souvent limitée chez les ergothérapeutes en pratique privée. Millsteed, Redmond et Walker (2017) indiquent que plusieurs apprennent la gestion et la tarification de manière autodidacte, sans formation préalable structurée. Cette absence de préparation peut mener à une sous-évaluation de la valeur réelle des interventions, à une hésitation à ajuster les tarifs selon les besoins de l'entreprise, ou à une difficulté à aligner les pratiques financières avec les exigences du marché. Ainsi, le malaise lié à la facturation n'est pas uniquement d'ordre éthique : il s'inscrit aussi dans un manque structurel d'outils et de connaissances pour établir des tarifs justes et cohérents.

Enfin, la question de l'accessibilité financière occupe une place importante dans les pratiques et les réflexions entourant la facturation. Plusieurs cliniciens en pratique privée cherchent à réduire les barrières économiques pour certaines clientèles, notamment pour les personnes non assurées. Lagarde et Palmer (2011) ont montré que les frais facturés aux usagers représentent un obstacle majeur à l'accès aux services, particulièrement dans les contextes où les mécanismes de protection financière sont limités.

Dans l'ensemble, la facturation apparaît comme un lieu où se cristallisent les tensions entre les valeurs altruistes inhérentes à la profession, les exigences entrepreneuriales propres à la pratique privée, le manque de formation en gestion et les préoccupations liées à l'accès équitable aux services. Cet ensemble de facteurs montre

que la facturation dépasse largement la simple tâche administrative : elle constitue un enjeu identitaire, éthique et structurel qui influence la manière dont les ergothérapeutes exercent et conçoivent leur rôle en contexte privé.

Stéréotypes de genre

Les résultats de cette étude suggèrent que, pour la majorité des participantes, le genre n'a pas été perçu comme un obstacle explicite dans le démarrage de leur pratique privée. Toutefois, l'expérience d'une participante laisse entendre que des stéréotypes peuvent exister de manière implicite, sans être consciemment identifiés comme des barrières. Cette observation rejoint les travaux sur les biais et stéréotypes de genre, qui montrent que ceux-ci sont souvent intéroceptivement ancrés dans la société et influencent les perceptions et comportements professionnels de manière subtile (Institut des Sciences de la Mobilité [ISM], 2024).

En parallèle, la maternité apparaît comme un facteur influençant le choix de travailler en pratique privée, principalement en raison de la flexibilité qu'elle offre pour concilier responsabilités familiales et engagement professionnel. Ce constat illustre comment les normes sociales et les stéréotypes de genre peuvent structurer indirectement les décisions professionnelles : bien que les participantes ne se sentent pas explicitement limitées par leur genre, la nécessité d'adapter leur pratique aux responsabilités familiales reflète une intériorisation des attentes sociales genrées. Ainsi, même en l'absence de discrimination perçue, les choix organisationnels et entrepreneuriaux des femmes en

santé sont façonnés par des biais et normes sociétales intériorisés, confirmant le rôle des stéréotypes intéroceptifs dans les trajectoires professionnelles (ISM, 2024).

Clientèle idéale et bienveillance

Les résultats de l'étude montrent que la définition d'une clientèle idéale et l'adoption d'une posture de bienveillance envers soi-même facilitent la pratique privée. En effet, ces deux dimensions interagissent et se renforcent mutuellement pour soutenir à la fois la qualité des interventions et le bien-être des praticiennes.

D'abord, travailler avec sa clientèle idéale selon les participantes signifie cibler une clientèle en cohérence avec ses habiletés et ses passions. Selon elles, cela permet d'optimiser l'efficacité des interventions et la relation thérapeutique, en plus de réduire la fatigue professionnelle. Ce constat concorde avec la littérature sur l'alliance thérapeutique, qui démontre que la qualité de la relation patient–thérapeute favorise l'adhérence aux interventions, la satisfaction des patients et l'efficacité des soins (Babatunde, et coll., 2017; Beaudry & Trottier 2018).

Puis, la bienveillance envers soi-même consiste, selon les participantes, à reconnaître ses limites, à poser des frontières et à privilégier la qualité des interventions plutôt que la quantité. Selon les études, elle permet aussi aux praticiennes de maintenir leur énergie, leur motivation et leur engagement sur le long terme, tout en réduisant le risque d'épuisement professionnel (Ruotsalainen et coll., 2015; Beaudry et Trottier 2018).

Ensemble, ces deux dimensions créent un cercle vertueux. Plus précisément, une clientèle adaptée réduit la pression et la fatigue, ce qui renforce la capacité à rester

bienveillante envers soi-même. Puis, la bienveillance soutient la capacité à maintenir une relation thérapeutique de qualité et à choisir judicieusement sa clientèle. Ainsi, la définition d'une clientèle idéale et la bienveillance sont des facilitateurs interdépendants qui contribuent simultanément à la qualité des soins, à la satisfaction professionnelle et à la viabilité d'une pratique privée en ergothérapie.

Retombées et recommandations pour la pratique

Cette étude a permis la création d'un outil concret, simple et accessible (figure 1), destiné à soutenir les jeunes ergothérapeutes dans le démarrage d'une pratique privée. Ce modèle logique vise à clarifier les étapes clés du processus entrepreneurial et à favoriser une planification structurée (Tougas et coll., 2021). L'étude contribue également à la production de savoirs, notamment en mettant en lumière les obstacles et facilitateurs associés à cette pratique, un domaine encore peu documenté, comme l'ont souligné plusieurs participantes. Par ailleurs, l'intérêt manifesté sur les réseaux sociaux lors du recrutement, par des professionnelles souhaitant recevoir les résultats, témoigne aussi de la pertinence et du potentiel d'impact de cette recherche dans la communauté de pratique. Il est alors recommandé de diffuser largement cet outil auprès des milieux cliniques, scolaires et des programmes de formation, et de poursuivre son développement en l'adaptant à différents contextes de pratique et profils professionnels.

Forces et limites de l'étude

L'essai se distingue par plusieurs forces méthodologiques qui renforcent sa scientificité. Notamment, par l'utilisation d'un devis qualitatif descriptif, particulièrement bien adapté aux disciplines appliquées comme l'ergothérapie (Fortin et Gagnon, 2022) et s'aligne directement à l'objectif de développer un outil concret pour les jeunes ergothérapeutes entrepreneures. Aussi, la crédibilité des résultats est soutenue par la co-construction effectuée lors des entrevues semi-structurées, permettant aux participantes de clarifier, préciser et valider en temps réel les éléments du modèle en émergence. Cette démarche, s'apparentant à une validation interprétative, assure une compréhension plus fidèle de leur expérience (Fortin et Gagnon, 2022). L'atteinte de la saturation des données contribue également à la stabilité des thèmes dégagés, renforçant leur pertinence et leur cohérence analytique. En effet, les divers témoignages ont permis d'obtenir une description tout de même complète de la réalité du démarrage d'une clinique privée en ergothérapie étant donné que la saturation des données a été atteinte. La saturation des données désigne le point où la collecte et l'analyse de données n'apportent plus d'éléments nouveaux, que ce soit en termes de codes, de thèmes ou de compréhension conceptuelle (Guest et coll., 2020; Hennink et coll., 2017; Saunders et coll., 2018). Ainsi, la saturation se manifeste à la fois par l'absence de nouveaux codes et par la compréhension approfondie des variations et nuances des thèmes (Paillé et Mucchieli, 2021). Cela produit une redondance suffisante des données pour assurer la stabilité des interprétations. Elle indique que les mécanismes, processus ou catégories étudiés sont suffisamment développés pour soutenir la validité de l'analyse qualitative (Guest et coll., 2020; Hennink et coll., 2017 ; Saunders et coll., 2018).

La triangulation théorique, réalisée par la comparaison des résultats avec des écrits scientifiques récents, renforce également la cohérence interne des interprétations et soutient la crédibilité des conclusions. Enfin, l'organisation des données a permis la création d'un modèle logique, facilitant ainsi la traduction des résultats en recommandations concrètes et favorisant le transfert de connaissances, en cohérence avec les visées de l'étude (Fortin et Gagnon, 2022; Funnell et Rogers, 2011; Mayne, 2017;).

L'essai se distingue également par sa forte transférabilité, soutenue par l'ancrage du projet dans un cadre fondé sur la théorie de programme (Funnell et Rogers, 2011; Mayne, 2017; Tougas et coll., 2021). Ce cadre permet d'explicitier les mécanismes, les intrants, les activités et les résultats attendus, favorisant une généralisation théorique plutôt qu'empirique, telle que le préconisent Tougas et coll. (2021). La description détaillée du contexte, des caractéristiques des participantes et des étapes de co-construction offre ainsi au lecteur les informations nécessaires pour juger de l'applicabilité du modèle à d'autres milieux ou profils entrepreneuriaux. Par ailleurs, la fiabilité de l'étude est assurée par une transparence méthodologique complète. En effet, l'arbre des codes, les guides d'entrevue, les documents utilisés lors de la co-construction et les étapes successives de l'analyse ont été systématiquement décrits dans l'essai. Cette démarche constitue une véritable piste d'audit permettant à une personne externe de retracer le raisonnement, les choix analytiques et l'évolution du modèle logique. L'usage de procédures uniformes lors de la collecte et du traitement des données contribue à la stabilité et à la reproductibilité du processus. Malgré ses contributions pratiques importantes, l'essai présente certaines limites. Le devis descriptif ne vise pas à explorer en profondeur l'essence des expériences vécues, ce qui restreint l'analyse de dimensions

identitaires ou sociales plus complexes, comme celles liées à la réalité des femmes entrepreneures (Fortin et Gagnon, 2022; Sandelowski, 2000). De plus, bien que la saturation ait été atteinte, la taille relativement restreinte de l'échantillon et peu hétérogène peut soulever des questions quant à sa représentativité par rapport à l'ensemble de la population visée, notamment en ce qui concerne la diversité des contextes ou des profils. Une exploration plus approfondie, notamment par d'autres approches qualitatives ou quantitatives, pourrait enrichir la compréhension de ces enjeux.

Recherches futures

Pour prolonger cette réflexion, plusieurs pistes de recherche méritent d'être explorées. Il serait pertinent de mener des entrevues auprès d'hommes afin de comparer les données recueillies et enrichir la compréhension des dynamiques en jeu. L'implication des femmes dans la validation des interprétations proposées représente également une étape essentielle pour assurer la rigueur et la pertinence des conclusions (Fortin et Gagnon, 2022). Par ailleurs, le déploiement du modèle logique proposé constituerait la suite logique selon Tougas et coll. (2021). À cet égard, il serait particulièrement intéressant de suivre une clinique ayant planifié son démarrage en s'appuyant sur ce modèle logique, à titre de projet pilote, afin d'en observer la mise en œuvre concrète et d'en évaluer les retombées.

CONCLUSION

Au-delà des constats précédents, le modèle logique élaboré offre un outil concret et transférable pour la planification, l'amélioration continue et l'évaluation des pratiques en contexte privé. Il aide à rendre visibles les mécanismes qui relient les ressources aux résultats, à clarifier les hypothèses de fonctionnement et à anticiper les influences contextuelles, y compris celles liées aux rôles sociaux et aux exigences familiales qui façonnent les trajectoires professionnelles des femmes. En ce sens, il contribue à renforcer le sentiment de compétence, à soutenir des décisions d'affaires plus éclairées et à consolider la qualité des services offerts, tout en servant de passerelle entre la formation académique et la réalité entrepreneuriale.

Les retombées attendues se situent à trois niveaux. Sur le plan clinique, une meilleure structuration des démarches de démarrage et de croissance peut améliorer l'accessibilité, la pertinence et la sécurité des services. Sur le plan pédagogique, l'intégration des contenus liés à la pratique privée et aux compétences de gestion dans les programmes d'ergothérapie peut atténuer la rupture entre la formation et le marché. Sur le plan de la gouvernance, un arrimage plus étroit entre les réalités de terrain et les cadres réglementaires (tarifs, soutien à l'entrepreneuriat, ressources d'accompagnement) peut réduire la détresse éthique et soutenir la viabilité des cliniques.

Cette étude présente des limites inhérentes à son devis et à la taille de son échantillon, mais elle ouvre des voies claires pour la suite: valider le modèle dans des contextes variés, documenter son déploiement en projet pilote, comparer les expériences

selon le genre, et approfondir l'analyse des mécanismes de reconnaissance professionnelle et de soutien organisationnel. La poursuite de ces pistes permettra d'affiner l'outil, de renforcer sa transférabilité et d'amplifier son impact.

En somme, la pratique privée en ergothérapie a besoin d'outils et de données. Ce modèle logique en est un. Il donne une structure pour agir, évaluer et évoluer. La prochaine étape est collective : diffuser, adopter, tester et améliorer, afin que les ergothérapeutes qui choisissent l'entrepreneuriat puissent le faire avec clarté, confiance et sens.

RÉFÉRENCES

- ACOTUP-ACPUE. (2024). *Canadian Occupational Therapy University Programs 2024–2025*. https://www.acotup-acpue.ca/English/sites/default/files/Website%20Canadian%20Occupational%20Therapy%20University%20Programs%202024_2025%20EN.pdf
- Adema, W., Ali, N., Frey, V., Kim, H., et Thévenon, O. (2014). *Enhancing women's economic empowerment through entrepreneurship and business leadership in OECD countries*. Organisation de coopération et de développement économiques. <https://doi.org/10.1787/9789264213944-en>
- American Evaluation Association. (2018). *Guiding principles for evaluators*. <https://www.eval.org/About/Guiding-Principles>
- Arvidsson, E., Dahlin, G., et Anell, A. (2021). *Conditions and barriers for quality improvement work: A qualitative study of how professionals and health centre managers experience audit and feedback practices in Swedish primary care*. BMC Primary Care, 22(227). <https://doi.org/10.1186/s12875-021-01462-4>
- Association canadienne des ergothérapeutes. (2012). *Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada*. Ottawa: CAOT Publications ACE. <http://www.caot.ca/pdfs/2012profil.pdf>
- Association canadienne des ergothérapeutes. (2021). *Compétences pour les ergothérapeutes au Canada*. <https://caot.ca/document/7678/Competencies%20for%20Occupational%20Therapists%20in%20Canada%202021%20-%20Final%20FR%20HiRes.pdf>

Association canadienne des ergothérapeutes. (s.d.). Programmes Universitaires.

https://caot.ca/site/becomeotota/uniprograms?language=fr_FR&nav=sidebar&banner=1

Barrère-Maurisson, M.-A. (2006). Masculin/Féminin : vers un nouveau partage des rôles.

HAL open science (322), 22-28. <https://shs.hal.science/halshs-00115868v1>
shs.hal.science

Babatunde, F. A., MacDermid, J. C., et MacIntyre, N. J. (2017). Characteristics of therapeutic alliance in musculoskeletal physiotherapy and occupational therapy practice: A scoping review of the literature. *BMC Health Services Research*, 17, 375. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2311-3>

Beaudry, M., et Trottier, G. (2018). *Les habiletés d'intervention en relation d'aide: guide d'apprentissage*. Presses de l'Université Laval.

Bernard, A., et Seddiki, Y. (2025). *Workforce renewal in health occupations* [Analyse]. Statistique Canada. [Statistique Canada](https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/92-626-x/2025001/article/00001-eng.htm)

Bertaux, D. (1997). *Les récits de vie*. Paris : Nathan.

Blamey, A., et Mackenzie, M. (2007). Theories of change and realistic evaluation: Peas in a pod or apples and oranges? *Evaluation*, 13(4), 439–455. <https://doi.org/10.1177/1356389007082129>

Blostin, C., et O'Shea, N. (2022). Shaking up the gender issue in entrepreneurship. *Entreprendre & Innover*, (49), 82-89. <https://doi.org/10.3917/entin.049.0082>

- Bouchard, I., et Bédard-Maltais, P.-O. (2019). Un monde d'entrepreneurs : Le nouveau visage de l'entrepreneuriat au Canada. Banque de développement du Canada.
<https://www.bdc.ca>
- Burks, D. J., et Kobus, A. M. (2012). The legacy of altruism in health care: the promotion of empathy, prosociality and humanism. *Medical education*, 46(3), 317–325.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2011.04159.x>
- Bushby, K., Chan, J., Druif, S., Ho, K., et Kinsella, E. A. (2015). Ethical tensions in occupational therapy practice: A scoping review. *British Journal of Occupational Therapy*, 78(4), 212-221.
- Caelli, K., Ray, L., et Mill, J. (2003). 'Clear as mud': Toward greater clarity in generic qualitative research. *International Journal of Qualitative Methods*, 2(2), 1–13.
<https://doi.org/10.1177/160940690300200201>
- Cartwright, N., et J. Hardie (2012). Evidence-based policy: Doing it better. A practical guide to predict if a policy will work for you. *Oxford University Press*.
<https://doi.org/10.1093/acprof:osobl/9780199841608.001.0001>
- Colorafi, K. J., et Evans, B. (2016). Qualitative descriptive methods in health science research. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 9(4), 16–25.
<https://doi.org/10.1177/1937586715614171>
- Coleman, S., et Robb, A. (2009). A comparison of new firm financing by gender: Evidence from the Kauffman Firm Survey data. *Small Business Economics*, 33(4), 397–411. <https://doi.org/10.1007/s11187-009-9205-7>

Cooper J. E. (2012). Reflections on the professionalization of occupational therapy: time to put down the looking glass. *Canadian journal of occupational therapy. Revue canadienne d'ergotherapie*, 79(4), 199–210.

<https://doi.org/10.2182/cjot.2012.79.4.2>

Cornett, M., Palermo, C., et Ash, S. (2022). Professional identity research in the health professions — a scoping review. *Advances in Health Sciences Education*, 28(2), 589-642. <https://doi.org/10.1007/s10459-022-10171-1>

Couture, L., et Houle, S. (2020). *Survival and performance of start-ups by gender of ownership: A Canadian cohort analysis* (Analytical Studies Branch Research Paper Series, (450). Statistics Canada.

<https://publications.gc.ca/site/eng/9.891234/publication.html>

Courtney, M., et Farnworth, L. (2003). Professional competence for private practitioners in occupational therapy. *Australian Occupational Therapy Journal*, 50(4), 234-243.

Courtney, M. (2005). The meaning of professional excellence for private practitioners in occupational therapy. *Australian Occupational Therapy Journal*, 52(3), 211-217.

D'Alessandro-Lowe, A. M., Brown, A., Sullo, E., Pichtikova, M., Karram, M., Mirabelli, J., McCabe, R. E., McKinnon, M. C., et Ritchie, K. (2024). Why are healthcare providers leaving their jobs? A convergent mixed-methods investigation of turnover intention among Canadian healthcare providers during the COVID-19 pandemic. *Nursing Reports*, 14(3), 2030–2060.

<https://doi.org/10.3390/nursrep14030152>

- Darnton, A. (2008). Practical guide: An overview of behaviour change models and their uses, http://www.civilservice.gov.uk/wp-content/uploads/2011/09/Behaviour-change_practical_guide_tcm6-9696.pdf.
- Downey, S., et coll.. (2015). The role of diversity practices and inclusion in promoting trust and employee engagement. *Journal of Applied Social Psychology*, 45(1), 35-44.
- Drolet, M.-J., Pinard, C., et Gaudet, R. (2018). Why Choose to Work in Private Occupational Therapy? Reflecting on the Motivations for Occupational Therapists to enter Private Practice and the Ethical Implications. *Canadian Journal of Bioethics / Revue canadienne de bioéthique*, 1(3), 82–89.
<https://doi.org/10.7202/1058254ar>
- Drolet, M.-J., et Ruest, M. (2021). *De l'éthique à l'ergothérapie : un cadre théorique et une méthode pour soutenir la pratique professionnelle*. Presses de l'Université du Québec.
- Emmel, N. (2013). *Sampling and choosing cases in qualitative research: A realist approach*. Sage Publications.
- Ezzat, A. M., et Maly, M. R. (2012). Building Passion Develops Meaningful Mentoring Relationships among Canadian Physiotherapists. *Physiotherapy Canada. Physiotherapie Canada*, 64(1), 77–85. <https://doi.org/10.3138/ptc.2011-07>
- Fairlie, R. W., et Robb, A. M. (2009). Gender differences in business performance: Evidence from the Characteristics of Business Owners Survey. *Small Business Economics*, 33(4), 375–395. <https://doi.org/10.1007/s11187-009-9207-5>

- Feyissa, G. T., Balabanova, D., et Woldie, M. (2019). How Effective are Mentoring Programs for Improving Health Worker Competence and Institutional Performance in Africa? A Systematic Review of Quantitative Evidence. *Journal of multidisciplinary healthcare*, 12, 989–1005.
<https://doi.org/10.2147/JMDH.S228951>
- Flatley, D. R., Kenny, B. J., et Lincoln, M. A. (2014). Ethical dilemmas experienced by speech-language pathologists working in private practice. *International journal of speech-language pathology*, 16(3), 290-303.
- Fortin, M.-F., et Gagnon, J. (2022). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (4e éd.). Chenelière éducation.
- Funnell, S., et P. Rogers (2011). Purposeful program theory: Effective use of theories of change and logic models, San Francisco, Jossey-Bass.
- Girard, A., Doucet, A., Lambert, M., Ouadfel, S., Caron, G., et Hudon, C. (2024). What is known about the role of external facilitators during the implementation of complex interventions in healthcare settings? A scoping review. *BMJ open*, 14(6), e084883. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-084883>
- Gray, J. R., et Grove, S. K. (2021). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence* (9e éd.). Elsevier.
- Grekou, D., (2020). *Expérience du marché du travail, diversité de genre et prospérité des entreprises appartenant à des femmes*. Statistique Canada. [Expérience du marché du travail, diversité du genre et prospérité des entreprises appartenant à des femmes](#)

Grekou, D., Li, J., et Liu, H. (2018). *Entreprises appartenant à des femmes au Canada, de 2005 à 2013*, 83, 11-626-X. Statistique Canada.

<https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/11f0019m/11f0019m2020010-fra.htm>

Grudniewicz, A., Moazzen, S., McCracken, R., et Kiran, T. (2023). *Factors influencing practice choices of early-career family physicians in Canada: A qualitative interview study*. *Human Resources for Health*, 21(1), Article 62.

<https://doi.org/10.1186/s12960-023-00867-9>

Guest, G., Bunce, A., et Johnson, L. (2006). How Many Interviews Are Enough? An Experiment with Data Saturation and Variability. *Field Methods*, 18(1), 59-82.

<https://doi.org/10.1177/1525822X05279903>

Guest, G., Namey, E., et Chen, M. (2020). A simple method to assess and report thematic saturation in qualitative research. *PloS one*, 15(5), e0232076.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0232076>

Hashish, E. A., El-Bana, S. M., et El-Demerdash, S. M. (2020). *Evidence-based practice and its relationship to quality improvement and learning capacity in healthcare organizations*. *The Open Nursing Journal*, 14(1), 254–263.

<https://doi.org/10.2174/1874434602014010254>

Haslam, D. R., et Harris, S. M. (2004). Informed Consent Documents of Marriage and Family Therapists in Private Practice: A Qualitative Analysis. *The American Journal of Family Therapy*, 32(4), 359-374.

Hennink, M.M., Kaiser, B.N., et Marconi V.C. (2016). Code Saturation Versus Meaning Saturation: How Many Interviews Are Enough? How Many Interviews Are

- Enough? *Qualitative Health Research*. 27(4):591-608.
doi:[10.1177/1049732316665344](https://doi.org/10.1177/1049732316665344)
- Hill, J., Stephani, A.-M., Sapple, P., et Clegg, A. (2020). *The effectiveness of continuous quality improvement for developing professional practice and improving health care outcomes: A systematic review*. *Implementation Science*, 15(23).
<https://doi.org/10.1186/s13012-020-0975-2>
- Hudon, A., Drolet, M.-J. et Williams-Jones, B. (2015). Ethical issues raised by private practice physiotherapy are more diverse than first meets the eye: Recommendations from a literature review. *Physiotherapy Canada*, 67(2), 124–132. <https://doi.org/10.3138/ptc.2014-10>
- Industrie Canada. (2010). *L'état de l'entrepreneuriat au Canada*. Gouvernement du Canada. <https://www.ic.gc.ca/recherchepe>
- Industrie Canada. (2015). *Petites et moyennes entreprises détenues majoritairement par des femmes — Édition spéciale : Principales statistiques relatives aux petites entreprises*. <https://ised-isde.canada.ca/site/recherche-statistique-pme/fr/principales-statistiques-relatives-aux-petites-entreprises/editions-speciales/petites-moyenne-entreprises-detenues-majoritairement-femmes-mai-2015/petites-moyenne-entreprises-detenues-majorita>
- Institut de la statistique du Québec. (2024). *Les postes vacants dans l'industrie des soins de santé et de l'assistance sociale*. [Les postes vacants dans l'industrie des soins de santé et de l'assistance sociale](#)

- Institut des Sciences de la Mobilité. (2024). *Biais et stéréotypes de genre*. Université de Bordeaux. https://www.ism.u-bordeaux.fr/sites/default/files/2024-01/ism-biais_et_stereotypes_genres_23-01-2024-mpdf.pdf
- Jacques, O. (2024). Les contraintes politiques et institutionnelles au règlement du déséquilibre fiscal. *Politique et Sociétés*, 43(2), 109–135. <https://doi.org/10.7202/1112306ar>
- James, C. (2011). Theory of change review. *Comic Relief*. https://portailqualite.acodev.be/fr/system/files/node/625/theory_of_change_review_comic_relief_2011.pdf
- Johnson, N., H. Guedenet et Saltzman, A. (2014). What will it take for biofortification to have impact on the ground? Theories of change for three crop-country combinations. *International Food Policy Research Institute*. <https://hdl.handle.net/10568/150567>.
- Kobbero, T. K., Lynch, C. H., Boniface, G., et Forwell, S. J. (2018). Occupational therapy private practice workforce: Issues in the 21st century. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 85(1), 58–65. <https://doi.org/10.1177/0008417417719724>
- Lagarde, M., et Palmer, N. (2011). The impact of user fees on access to health services in low- and middle-income countries. The Cochrane database of systematic reviews, 2011(4), CD009094. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009094>
- Lee, T. T., Neo, J. R. J., Zhou, J., Toh, S. A. E. S., Teo, K., et Lee, A. (2024). *Identifying primary care clinicians' preferences for, barriers to, and facilitators of*

- information-seeking in clinical practice in Singapore: A qualitative study*. BMC Primary Care, 25(33). <https://doi.org/10.1186/s12875-024-02429-x>
- Mayne, J. (2017). Théories du changement : Comment élaborer des modèles utiles. *Revue canadienne d'évaluation de programme*. <https://doi.org/10.3138/cjpe.31144>
- Mayne, J., et N. Johnson (2015). Using theories of change in the Agriculture for Nutrition and Health CGIAR research program, *Evaluation*, 21(4), 407-428.
- McGill University. (s.d.). *Baccalauréat ès sciences appliquées en ergothérapie*. <https://www.mcgill.ca/spot/fr/category/article-categories/ot-profiles-des-programmes/baccalaureat-es-sciences-appliquees-en-ergotherapie>
- Merritt, J., Perkins, D. et Boreland, F. (2013). Regional and remote occupational therapy: A preliminary exploration of private occupational therapy practice. *Australian Occupational Therapy Journal*, 60(4), 276–287. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12042>
- Millsted, J., Redmond, J. et Walker, E. (2017). Learning management by self-employed occupational therapists in private practice. *Australian occupational therapy journal*, 64(2), 113–120. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12331>
- Ministère de l'Économie et de l'Innovation. (2022). *Plan québécois en entrepreneuriat 2022-2025 – Au cœur de la croissance* (2e éd.). Gouvernement du Québec. <https://www.economie.gouv.qc.ca>

- Ministère de l'Économie, de l'Innovation et de l'Énergie. (2025). *Les entrepreneurs du Québec en chiffres : Portrait sociodémographique – Édition 2025*. Gouvernement du Québec. <https://www.quebec.ca>
- Moir, E. M. A., Turpin, M. J., et Copley, J. A. (2022). New graduates' experiences in paediatric private practice: Learning to make intervention decisions. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 89(4), 395–405.
<https://doi.org/10.1177/00084174221102716>
- Morse, J., et Clark, L. (2019). The nuances of ground theory sampling. Dans A. Bryant et K. Charmaz (dir.). *The SAGE handbook of current developments in grounded theory*. Sage publications.
- Navarro-Sanfelix, G., Puig, F., et Revuelto-Taboada, L. (2023). Generic strategic positioning and organizational configurations in private micro-clinics. *Estudios Montréal Gerenciales*, 39(168), 276–285.
<https://doi.org/10.18046/j.estger.2023.168.5757>
- Ordre des ergothérapeutes du Québec (OEQ). (2015). *Cadre de référence sur les aspects clinico-administratifs liés à l'exercice de la profession d'ergothérapeute dans le secteur privé*. <https://www.oeq.org>
- Ordre des ergothérapeutes du Québec (OEQ). (2015a). Rapport annuel 2013-2014.: des ergothérapeutes du Québec. <http://www.oeq.org/index.fr.html>
- Ordre des ergothérapeutes du Québec (OEQ). (2015b). Index des décisions disciplinaires. http://www.oeq.org/public/comite-discipline/decisions_disciplinaires.fr.html

Ordre des ergothérapeutes du Québec. (n.d.). *Qu'est-ce que l'ergothérapie ?*

<https://www.oeq.org/m-informer/qu-est-ce-que-l-ergotherapie.html>

Orr, S., Hart, S., Nguyen, L., Patel, R., et Wilson, J. (2025). Identifying risk factors for burnout-driven turnover in Canadian healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *BMC Health Services Research*, 25, 1122.

<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-025-12522-1>

Paillé, P., et Mucchielli, A. (2021). Chapitre 12. L'analyse thématique. Dans *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales..* Armand Colin. <https://shs-cairn->

[info.biblioproxy.uqtr.ca/l-analyse-qualitative-en-sciences-humaines--9782200624019-page-269?lang=fr](https://shs-cairn-info.biblioproxy.uqtr.ca/l-analyse-qualitative-en-sciences-humaines--9782200624019-page-269?lang=fr)

Patton, M. Q. (2002). Two Decades of Developments in Qualitative Inquiry: A Personal, Experiential Perspective. *Qualitative Social Work*, 1(3), 261-283.

<https://doi.org/10.1177/1473325002001003636>

Patton, M. Q. (2008). *Utilization-focused evaluation* (4th ed.), Thousands Oaks, CA: Sage Publications Inc.

Peneff, J. (1990). *La méthode biographique*. Armand Colin.

Praestegaard, J., Gard, G., et Glasdam, S. (2013). Practicing physiotherapy in Danish private practice: an ethical perspective. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 16(3), 555-564.

- Rosa, J., et Sylla, D. (2016). *Comparaison du rendement des petites et moyennes entreprises détenues majoritairement par des femmes et de celles détenues majoritairement par des hommes*. Innovation, Sciences et Développement économique Canada.
<https://www.publications.gc.ca/site/fra/9.825989/publication.html>
- Ruotsalainen, J., Verbeek, J. H., Mariné, A., et Serra, C. (2015). Preventing occupational stress in healthcare workers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2015(4), CD002892. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002892.pub5>
- Sajjad, M., Qayyum, S., Iltaf, S. et al. (2021). The best interest of patients, not self-interest: how clinicians understand altruism. *BMC Med Educ*, 21(477).
<https://doi.org/10.1186/s12909-021-02908-0>
- Santé publique Ontario (2016). Pleins feux sur : Modèle logique – Un outil de planification et d'évaluation. [Modèles logiques : un outil de planification et d'évaluation](#)
- Sanséau, P.-Y. (2005). Les récits de vie comme stratégie d'accès au réel en sciences de gestion : pertinence, positionnement et perspectives d'analyse. *Recherches qualitatives*, 25(2), 33–57. [https://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/edition_reguliere/numero25\(2\)/ysanseau.pdf](https://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/edition_reguliere/numero25(2)/ysanseau.pdf)
- Saunders, B., Sim, J., Kingstone, T., Baker, S., Waterfield, J., Bartlam, B., Burroughs, H., et Jinks, C. (2018). *Saturation in qualitative research: exploring its*

- conceptualization and operationalization. Quality & Quantity, 52(4), 1893–1907.*
<https://doi.org/10.1007/s11135-017-0574-8>
- Sarsak, H. I. (2022). Arab healthcare professionals' knowledge and perception of occupational therapy. *Bulletin of Faculty of Physical Therapy, 27(40).*
<https://doi.org/10.1186/s43161-022-00098-4>
- Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada [SCTC]. (2012). *Approches d'évaluation axées sur la théorie : Concepts et pratiques.* Gouvernement du Canada.
<https://www.canada.ca/fr/secretariat-conseil-tresor/services/verifications-evaluations/evaluation-gouvernement-canada/approches-evaluation-axees-theorie-concepts-pratiques.html>
- Sloggett, K., Kim, N., et Cameron, D. (2003). Private practice: Benefits, barriers and strategies of providing fieldwork placements. *Canadian Journal of Occupational Therapy, 70(1), 42-50.*
- Société canadienne d'évaluation [SCÉ]. (2025). *Compétences pour les évaluateurs.*
<https://evaluationcanada.ca/fr/carriere/competences-pour-les-evaluateurs.html>
- Stame, N. (2004). Theory-based evaluation and varieties of complexity. *Evaluation, 10(1), 58-76*
- Statistique Canada. (2017). *Enquête sociale générale : Famille – Organisation et prise de décisions dans le ménage. 29 (4501).*
https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=4501

Statistique Canada. (2020). Histoire de famille : Partage des tâches domestiques chez les couples au Canada : qui fait quoi? *Le Quotidien*.

<https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/200219/dq200219e-fra.pdf>

Statistique Canada. (2025). *Les temps d'attente sont longs pour pourvoir un emploi sur deux dans le secteur de la santé*. [Statistique Canada](#)

Stein, D., et C. Valters (2012). Understanding “theory of change” in international development: A review of existing knowledge, Asian Institute and the Justice and Security Research Programme, http://www.theoryofchange.org/wp-content/uploads/toco_library/pdf/UNDERSTANDINGTHEORYOFChangeSteinValtersPN.pdf

Swisher, L. L. D., Arslanian, L. E., et Davis, C. M. (2005). The Realm-Individual Process-Situation model of ethical decision-making. *Technology*, 305(38).

Taba, P., Rosenthal, M., Habicht, J., Tarien, H., Mathiesen, M., Hill, S., et Ferrario, A. (2012). *Barriers and facilitators to the implementation of clinical practice guidelines among physicians in Estonia: A survey*. *BMC Health Services Research*, 12(455). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-455>

Tougas, A.-M., Bérubé, A., et Kishchuk, N. (2021). *Évaluation de programme: de la réflexion à l'action*. Presses de l'Université du Québec.

Université de Montréal. (s.d.). *Baccalauréat en ergothérapie – Cours*.

<https://admission.umontreal.ca/programmes/baccalaureat-en-ergotherapie/#cours>

Université de Sherbrooke. (s.d.). *Cursus – Maîtrise en ergothérapie*.

<https://www.usherbrooke.ca/readaptation/programmes-et-admission/maitrise-en-ergotherapie/cursus>

Université d'Ottawa. (s.d.). *Maîtrise ès sciences de la santé – Ergothérapie*.

<https://catalogue.uottawa.ca/fr/etudes-sup/maitrise-sciences-sante-ergotherapie/>

Université du Québec à Trois-Rivières. (s.d.). *Baccalauréat en ergothérapie*.

https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/portail/triw082.afficher?owa_cd_pgm=6552

Université Laval. (s.d.). *Baccalauréat en ergothérapie*.

<https://www.ulaval.ca/etudes/programmes/baccalaureat-en-ergotherapie>

Vogel, I. (2012). Review of the use of “theory of change” in international development, Department for International Development, http://www.oxfamblogs.org/fp2p/wp-content/uploads/DFID-ToC-Review_VogelV4.pdf.

Walder, K., Bissett, M., Molineux, M., et Whiteford, G. (2022). *Understanding professional identity in occupational therapy: A scoping review*. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 29(3), 175–197.

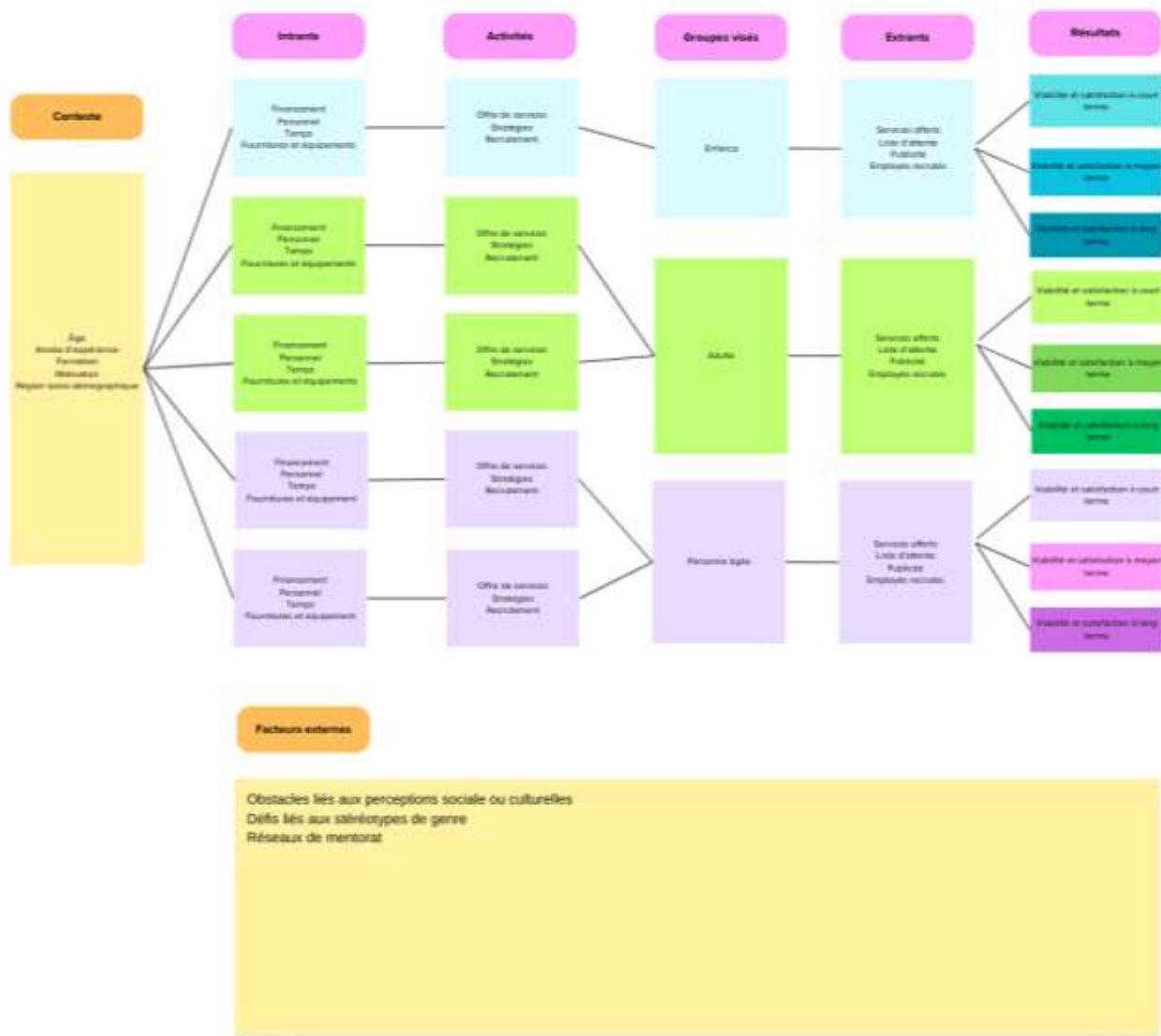
<https://doi.org/10.1080/11038128.2021.1974548>

White, H. (2009). Theory-based impact evaluation: Principles and Practice (Working Paper 3). International Initiative for Impact Evaluation (3ie).

ANNEXE A

Modèle logique de référence

MODÈLE LOGIQUE



ANNEXE B

Affiche de recrutement

RECHERCHE DE PARTICIPANTES

Pratique privée en ergothérapie au Québec : Un modèle pour guider les femmes entrepreneures

OBJECTIFS DE L'ÉTUDE :

1. Développer un modèle logique pour guider les ergothérapeutes dans le démarrage de leur clinique.
2. Identifier les facilitateurs et les obstacles d'un démarrage d'une clinique privée en ergothérapie vécues par les femmes entrepreneures

POUR PARTICIPER AU PROJET

1. Être ergothérapeute ou ergothérapeute retraitée
2. Être de sexe féminin ou s'identifier comme une femme
3. Avoir lancé sa propre clinique d'ergothérapie depuis au moins un an
4. Être ou avoir été propriétaire ou actionnaire d'une clinique privée en ergothérapie pendant au moins un an

DÉMARCHE À SUIVRE

Implication : Questionnaire de 5 à 10 min +
Entrevue semi-structurée de 45 à 60 min

Intéressée ? Cliquez sur ce [LIEN](#)

Date limite pour signifier son intérêt : 30 juin 2025

Questions ?

Contactez Valérie Dufresne, étudiante responsable du projet : valerie.dufresne@uqtr.ca

Numéro de certificat éthique : CER-25-320-07.23



ANNEXE C

Questionnaire sociodémographique

Questionnaire sociodémographique

A) Caractéristiques personnelles

1. Quel est votre âge? _____
2. Années d'expérience en clinique privée ? _____
4. Années d'expérience en gestion ? _____
5. Années d'expérience clinique avant le démarrage de la clinique ? _____
6. Années d'expérience en gestion avant le démarrage de la clinique ? _____
7. Quelles ont été les principales motivations qui vous ont poussé à démarrer votre clinique en ergothérapie ?

B) Formation universitaire

1. De quelle université avez-vous obtenu votre baccalauréat en ergothérapie?

2. De quelle université avez-vous obtenu votre maîtrise en ergothérapie, le cas échéant?

3. Avez-vous suivi une ou des formations en gestion?

Aucune formation	Formation de quelques heures ou jours	Diplôme(s) dédié(s) à la gestion
------------------	---------------------------------------	----------------------------------

C) Portrait de la clinique privée en ergothérapie

1. Dans quelle(s) région(s) administrative(s) du Québec est située votre clinique ?
 _____ Bas-Saint-Laurent (01)
 _____ Saguenay-Lac Saint-Jean (02)
 _____ Capitale-Nationale (03)

- _____ Mauricie (04)
- _____ Estrie (05)
- _____ Montréal (06)
- _____ Outaouais (07)
- _____ Abitibi-Témiscamingue (08)
- _____ Côte-Nord (09)
- _____ Nord-du-Québec (10)
- _____ Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (11)
- _____ Chaudière-Appalaches (12)
- _____ Laval (13)
- _____ Lanaudière (14)
- _____ Laurentides (15)
- _____ Montérégie (16)
- _____ Centre-du-Québec (17)

C) Disponibilités, préférences et modalités de communication

1. Veuillez indiquer vos disponibilités pour réaliser l'entrevue de 45 à 60 minutes :
2. Quelle modalité préférez-vous pour réaliser l'entrevue ?
 - _____ Vidéoconférence via la plateforme Teams
 - _____ En présentiel, dans un bureau fermé à votre lieu de pratique
 - _____ En présentiel, dans un bureau fermé à l'Université de Trois-Rivières – Campus de Drummondville
3. Veuillez indiquer votre adresse courriel. Celle-ci sera utilisée pour confirmer la modalité, l'heure et le lieu (si applicable) de l'entrevue. Elle sera également utilisée pour transmettre les résultats de l'étude (si applicable) :
4. Veuillez confirmer votre adresse courriel :
5. Veuillez indiquer l'adresse de votre lieu de pratique (si vous avez choisi cette modalité). Si non applicable, indiquez "N.A." :

ANNEXE D

Guide d'entrevue

Canevas de l'entrevue individuelle semi-structurée

Co-construction du modèle logique

Présentation de l'étudiante-chercheuse et de la problématique

Je suis actuellement étudiante à la maîtrise en ergothérapie à l'Université du Québec à Trois-Rivières, campus de Drummondville. Avant de me consacrer pleinement à l'ergothérapie, j'ai étudié la gestion et l'entrepreneuriat, et travaillé cinq ans comme technologue en physiothérapie au sein d'équipes interdisciplinaires dans le réseau public et privé de la santé. Mon projet, intitulé « *Pratique privée en ergothérapie au Québec : Un modèle pour soutenir les femmes entrepreneures* », s'inscrit donc parfaitement dans mon parcours, en alliant mes intérêts pour l'entrepreneuriat et l'ergothérapie, tout en répondant à un besoin réel de préparation et de soutien pour les futurs ergothérapeutes désireux de s'installer en pratique privée.

En effet, le démarrage d'une clinique privée en ergothérapie n'est pas abordé dans le cursus scolaire (UQTR, s.d.), ce qui laisse les futurs ergothérapeutes mal préparés à faire face aux défis entrepreneuriaux qui les attendent. De plus, les femmes entrepreneures rencontrent des obstacles supplémentaires en raison de rôles sociaux et familiaux souvent plus imposants que ceux des hommes (Barrère-Maurisson, 2006 et

Statistique Canada, 2020), ce qui complique encore davantage leur parcours professionnel. Par ailleurs, les données disponibles sur la pratique privée en ergothérapie au Québec sont très limitées, ce qui rend difficile l'identification des défis spécifiques à ce secteur et l'élaboration de stratégies de soutien adaptées.

Alors, mon projet vise à combler ces lacunes en co-construisant un modèle de soutien destiné aux femmes souhaitant démarrer une clinique privée en ergothérapie. Ce modèle leur fournira des outils pratiques et des ressources pour les aider à réussir dans ce domaine, tout en tenant compte des défis spécifiques auxquels elles sont confrontées.

Présentation du projet

Titre : Pratique privée en ergothérapie au Québec : Un modèle pour soutenir les femmes entrepreneures.

Responsable du projet : Valérie Dufresne, sous la supervision de Myriam Chrétien-Vincent, professeure au département d'ergothérapie de l'Université du Québec à Trois-Rivières.

Objectifs : Développer un modèle logique pour guider les ergothérapeutes dans le démarrage de leur clinique, en mettant en lumière les obstacles spécifiques rencontrés par les femmes entrepreneures.

Déroulement de l'étude: Les participantes seront recrutées via une affiche sur Facebook et un lien automatique vers la BIQ. Elles rempliront un questionnaire

sociodémographique et participeront à une entrevue semi-structurée de 45 à 60 minutes, soit en vidéoconférence via Teams, soit en présentiel.

Critères d'inclusion :

- Être ergothérapeute ou ergothérapeute retraitée.
- Être de sexe féminin ou s'identifier comme une femme.
- Avoir lancé sa propre clinique d'ergothérapie depuis au moins un an.
- Être ou avoir été propriétaire ou actionnaire d'une clinique privée en ergothérapie pendant au moins un an.
- Comprendre la langue française, à l'oral comme à l'écrit.

Droit relatif au consentement: Les participantes devront signer un formulaire de consentement avant de participer à l'étude. Elles seront informées des objectifs, des avantages et des inconvénients de la recherche, ainsi que des dispositions liées à la confidentialité et au droit de retrait.

Confidentialité: La collecte de données sera anonyme et les informations personnelles seront protégées. Les enregistrements seront codés et les données seront supprimées après le colloque étudiant en décembre 2025.

Avantages : Contribuer à l'avancement des connaissances sur la pratique privée en ergothérapie au Québec et valoriser la perspective des femmes entrepreneures.

Inconvénients : Temps consacré à l'entrevue, possible fatigue, anxiété ou inconfort.

Résultats attendus: Le projet vise à mieux comprendre les défis liés au démarrage d'une clinique privée en ergothérapie et à proposer des solutions pour soutenir l'équité et la diversité dans le secteur.

Diffusion des résultats: Les résultats seront disponibles en libre accès en ligne et présentés lors du colloque de l'Université du Québec à Trois-Rivières en décembre 2025. Les participantes ayant signé leur intérêt recevront une copie de l'essai ainsi que la présentation utilisée lors du colloque étudiant, par courriel, en décembre 2025.

Cela dit, avez-vous des questions sur le projet ou son déroulement avant de débiter l'entrevue ?

SECTION I : ressources et planification

A) Intrants

a) Financement

Quel est le budget global estimé pour le lancement de la clinique (aménagement des locaux, achat d'équipements, frais administratifs, marketing, etc.) ?

1. Quels sont vos principaux frais fixes (loyer, salaires, assurances, etc.) et variables (frais de matériel, consommables, coûts des traitements, etc.) ?
2. Quelle part du financement a été consacrée à l'achat des équipements nécessaires à l'ergothérapie vs achat ou location du local vs marketing?
3. Comment avez-vous estimé le volume d'affaires nécessaire pour atteindre le seuil de rentabilité et déterminé la tarification de vos services ?

4. Quels sont les indicateurs financiers que vous suivez régulièrement pour évaluer la performance de la clinique (flux de trésorerie, marges bénéficiaires, etc.) ?
5. Comment anticipez-vous l'évolution des coûts liés au développement de la clinique et sa viabilité ?

Quelles sources de financement avez-vous envisagées ou utilisées pour démarrer votre clinique (prêt bancaire, investisseurs privés, économies personnelles, etc.) ? Expliquer votre démarche.

1. Quelles sont les ressources financières personnelles que vous avez investies pour le démarrage de votre clinique privée ?
2. Avez-vous eu recours à des aides financières spécifiques pour le démarrage d'une clinique en santé, comme des subventions gouvernementales ou des crédits d'impôt ? Si oui, lesquels ?

b) Personnel

Quelle est la taille de l'équipe initiale et comment celle-ci a évolué au fur et à mesure du développement de la clinique ?

Avez-vous recruté d'autres types de professionnels de santé ou de soutien (assistants en ergothérapie, secrétaires, responsables administratifs, etc.) ?

Comment gérez-vous les horaires et la répartition des heures de travail clinique vs gestion pour assurer la continuité des services ?

Quel est le ratio patients/ergothérapeute que vous visez pour offrir des soins de qualité tout en maintenant une charge de travail raisonnable pour vos employés ?

c) Temps de planification

Combien de temps avez-vous accordé à la phase de planification initiale, avant de démarrer réellement la clinique ?

Détailler votre réponse par étape (ex. : planification financière, analyse du marché, recherche de locaux, recrutement, formation du personnel, stratégie de marketing, publicités, analyse des risques (financiers, opérationnels, juridiques), etc.)

Existe-t-il des démarches administratives spécifiques auxquelles vous avez dû vous soumettre avant de pouvoir ouvrir la clinique ?

1. Quelles sont les autorisations et licences nécessaires pour l'ouverture de la clinique (permis d'exploitation, certifications professionnelles, etc.) ?
2. Combien de temps ces démarches peuvent-elles prendre ?
3. Quelles sont les démarches légales les plus complexes et qui demande le plus de temps ?

Quel temps de planification avez-vous prévu après l'ouverture pour évaluer les performances de la clinique (suivi des revenus, satisfaction des patients, ajustements nécessaires) ?

d) Fournitures et équipements

Quels sont les équipements de base absolument nécessaires pour démarrer une clinique d'ergothérapie (tables d'évaluation, chaises ergonomiques, aides techniques, etc.) ?

Quels sont les équipements spécifiques que vous jugez indispensables pour garantir la qualité des soins dès l'ouverture de la clinique ?

- Enfance
- Adolescents
- Santé physique
- Santé mentale
- Personnes âgées

Quels fournisseurs ou partenaires avez-vous sélectionnés pour l'achat des équipements et des fournitures ?

1. Comment les avez-vous trouvés ?
2. Avez-vous négocié des contrats ou des réductions pour des achats en gros ?

Quels outils et équipements informatiques (logiciels de gestion de patients, équipements de facturation, etc.) seront nécessaires pour gérer efficacement l'administration de la clinique ?

B) Activités

Quels types de services d'ergothérapie avez-vous proposés dès le lancement de votre clinique?

1. Avez-vous également offert des services complémentaires, comme des ateliers, des programmes de prévention, ou des consultations à distance (télé thérapie) ?

Quelles stratégies avez-vous mises en place pour attirer les patients et faire connaître votre clinique (publicité, réseaux sociaux, pamphlet, partenariats, réductions, offres spéciales, promotions de lancement) ?

Comment avez-vous organisé le recrutement des membres du personnel ?

Comment avez-vous évalué la demande pour vos services d'ergothérapie dans la région où vous vous êtes installé ?

C) Groupes visés

Quels groupes de patients avez-vous visés pour démarrer votre clinique (âge et atteinte) ?

1. Comment avez-vous évalué les besoins de chaque groupe cible en matière d'ergothérapie (enquêtes, études de marché, discussions avec des professionnels de santé) ?
2. Comment avez-vous adapté vos services d'ergothérapie et votre établissement pour le rendre accessible à votre clientèle ? (Ex. : mobilité réduite)

SECTION II : réalisation, facilitateurs et obstacles

D) Extrants

Offre de services

- Approximativement, combien de séances d'ergothérapie ont été réalisées par semaine au cours des trois premiers mois suivant l'ouverture de la clinique ?
- Approximativement, quel est le nombre total de patients qui ont bénéficié de vos services d'ergothérapie au cours des trois premiers mois suivant l'ouverture de la clinique vs depuis l'ouverture de la clinique ?
- Approximativement, combien de nouveaux patients avez-vous reçus chaque mois depuis l'ouverture de la clinique ? Décrivez-moi le roulement de votre liste d'attente.
- Combien de nouveaux services ou programmes ont été lancés dans les six premiers mois (par exemple, télé thérapie, groupe de soutien pour patients, etc.) ?
- Cela était-il viable ?

Combien de publications ou de promotions ont été réalisées sur les réseaux sociaux (Facebook, Instagram, LinkedIn) et quel a été l'engagement moyen (nombre de likes, commentaires, partages) ?

Combien de personnes avez-vous recrutées pour les postes d'ergothérapeutes, de personnel administratif, etc., et quel est le pourcentage de personnel recruté par rapport au nombre total de postes à pourvoir ?

E) Résultats

Quels résultats avez-vous observés en termes de croissance de votre clientèle et de satisfaction des patients à court (0-6mois), moyen (6 mois – 1 an) et long terme ?

Quels ont été les principaux réussites ou obstacles financiers et opérationnels de la clinique à court, moyen et long terme, et comment ces résultats ont-ils contribué à la pérennité et à l'expansion de vos services ?

**indicateur

F) Facteurs externes

Avez-vous ressenti des obstacles liés aux perceptions sociales ou culturelles de ce que cela signifie être une femme entrepreneure, et comment ces perceptions ont-elles affecté votre carrière et vos décisions d'affaires ?

Comment avez-vous navigué les défis liés aux stéréotypes de genre dans votre domaine, et comment cela a-t-il influencé vos stratégies ou votre développement professionnel ?

Quels types de réseaux ou de mentorat spécifiques pour les femmes entrepreneures avez-vous trouvés utiles pour soutenir la croissance de votre entreprise ?

Quelles sont les principales difficultés que vous avez rencontrées pour maintenir un équilibre entre votre vie professionnelle et votre vie personnelle, et quelles solutions avez-vous adoptées pour les surmonter ?

Quel serait votre meilleur conseil pour les nouvelles entrepreneures en ergothérapie ?

ANNEXE E

Arbre thématique

Codes	Sous-catégories	
Contexte Def. : Ce qui a mené à la création de la clinique; élément déclencheur	Contexte politique et institutionnel ex. : subvention, irritants d'un dernier emploi, loi, politique	
	Contexte personnel ex. : âge, motivation, formation	Motivation pour la clinique privée
		Formation et expérience AVANT démarrage
		État de santé (inclus âge)
Intrants Def. : Les ressources investies pour le démarrage de la clinique	Personnel Def. Qui forme l'équipe de travail de la clinique	
	Financement Def. : Ressources financières à investir et frais fixes	
	Temps Def. : Délai de planification, de l'idée à l'ouverture	
	Lieu de pratique Def. : Local prévu pour actualiser l'offre de service	

	Fournitures et matériels	
	Recherche	
	Ex. : formation, recherche de données, formation et connaissances sur lesquelles ils se sont basés	
	Planification administrative	
	ex. : gestion des risques, étude de marché, conformité réglementaire, plan d'affaires, procédure	
Activités	Stratégies de marketing	
	Recrutement	
	Offre de services	
Def. : Les activités qui seront réalisées dans le cadre du démarrage de la clinique		
Groupes visés	Enfant	
	Adulte	Santé physique
		Santé mentale
Def. : Clientèle cible		
Extrants	Liste attente	
	Équipe recrutée	

<p>Def.: Les produits découlant des activités ou de l'offre de services. Peuvent être quantifiés.</p>	<p>Offre de services viable (ex. : nb de patient / heure; roulement, nouveaux services ou programmes ont été lancés)</p>	
<p>Résultats</p> <p>Def. : Les changements qui devraient découler du démarrage de la clinique.</p>	<p>Court terme</p>	<p>Connaissances Formation, données probantes, techniques acquises au fil du temps</p>
		<p>Sensibilisation de la société ou de l'OEQ quant à une pratique ; se faire connaître</p>
		<p>Comportements</p>
		<p>Aptitudes Habilités acquises en raison de l'offre de services</p>
		<p>Viabilité Rentabilité, nouveaux services, satisfaction</p>
	<p>Moyen terme</p>	<p>Connaissances</p>
<p>Sensibilisation</p>		
<p>Comportements</p>		




		Aptitudes
		Viabilité
	Long terme	Connaissances
		Sensibilisation
		Comportements
		Aptitudes
		Viabilité
Facteurs externes Def. : Facteurs positif ou négatif qui influencent le programme, mais qui échappent au contrôle des personnes chargées de la planification	Facteurs environnementaux et physiques : ex. météo, climat, catastrophe naturelle, lieu géographique de pratique vs domicile, ressources matérielles ou tangibles)	COVID - 19
		Ressources locales
	Facteurs culturels et sociaux (ex. : normes sociales, valeurs culturelles, habitudes et comportements de la société) **inclus ou est rendu l'ergo dans la société	Notoriété de l'ergothérapie
		Facturation

	Facteurs politiques, réglementaires et institutionnels (ex. : Lois, politiques Lois, politiques)	Tarifs gouvernementaux
	Facteurs personnels (ex. : santé, expertise professionnelle et habiletés, motivation, personnalité)	Manque de connaissance en gestion Absence prolongée Stéréotype de genre Maternité Clientèle idéale Bienveillance Expérience clinique
	Environnement social Personnes qui ont facilité ou pas le démarrage de la clinique et/ou rôle de gestionnaire	Rétention du personnel Référencement Mentorat

Citation	Citation bien représentative, à incorporer dans l'essai
Conseils pour jeunes ergothérapeutes	Recommandations des participantes pour les jeunes diplômées avant de démarrer leur pratique privée
Projections	Projets planifiés, objectifs à moyen et long terme

ANNEXE F

Certificat d'approbation du comité éthique

	4998
CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE AVEC DES ÊTRES HUMAINS	
En vertu du mandat qui lui a été confié par l'Université, le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains a analysé et approuvé pour certification éthique le protocole de recherche suivant :	
Titre :	Pratique privée en ergothérapie au Québec : Un modèle pour soutenir les femmes entrepreneures
Chercheur(s) :	Valérie Dufresne Département d'ergothérapie
Organisme(s) :	Aucun financement
N° DU CERTIFICAT :	CER-25-320-07.13
PÉRIODE DE VALIDITÉ :	Du 04 juin 2025 au 04 juin 2026
<p>En acceptant le certificat éthique, le chercheur s'engage à :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aviser le CER par écrit des changements apportés à son protocole de recherche avant leur entrée en vigueur; - Procéder au renouvellement annuel du certificat tant et aussi longtemps que la recherche ne sera pas terminée; - Aviser par écrit le CER de l'abandon ou de l'interruption prématurée de la recherche; - Faire parvenir par écrit au CER un rapport final dans le mois suivant la fin de la recherche. 	
	
Me Richard LeBlanc Président du comité	Anthony Voisard Secrétaire du comité
<i>Décanat de la recherche et de la création</i>	Date d'émission : 04 juin 2025

ANNEXE G

Lettre d'information et consentement


FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT
 pour les participantes du projet de recherche

Titre du projet de recherche :	Pratique privée en ergothérapie au Québec : Un modèle pour les femmes entrepreneures.
Mené par :	Valérie Dufresne, étudiante, à la maîtrise en ergothérapie à l'Université du Québec à Trois-Rivières.
Sous la direction de :	Myriam Chrétien-Vincent, professeure au département d'ergothérapie à l'Université du Québec à Trois-Rivières.
Membres de l'équipe de recherche :	Valérie Dufresne et Myriam Chrétien-Vincent
Source de financement :	Aucune source de financement.
Déclaration de conflit d'intérêts :	Aucun conflit d'intérêts.

Préambule

Ce document est une invitation à participer à un projet de recherche qui vise à dresser un portrait de la pratique privée en ergothérapie au Québec, en mettant particulièrement l'accent sur le processus de démarrage d'une clinique privée. À travers cette analyse, l'objectif est de développer un modèle logique qui pourra guider les professionnels dans l'ouverture de leur clinique, tout en mettant en lumière les obstacles spécifiques rencontrés par les femmes dans ce secteur. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire ce formulaire. Il vous aidera à comprendre ce qu'implique votre éventuelle participation à la recherche de sorte que vous puissiez prendre une décision éclairée à ce sujet.

Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au chercheur responsable de ce projet de recherche. Sentez-vous libre de leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair. Prenez tout le temps dont vous avez besoin pour lire et comprendre ce formulaire avant de prendre votre décision.

Résumé et objectif(s) du projet de recherche



Introduction : Les données sur la pratique privée en ergothérapie au Québec sont limitées, rendant difficile l'identification des défis spécifiques à ce secteur et le démarrage d'une clinique privée en ergothérapie n'est pas abordé dans le cursus académique (UQTR, s.d). Cela laisse les futurs ergothérapeutes mal préparés aux défis entrepreneuriaux. De plus, les femmes entrepreneures rencontrent des obstacles supplémentaires liés à des rôles sociaux et familiaux souvent plus imposants que ceux des hommes (Barrère-Maurisson, 2006 et Statistique Canada, 2020).

Objectifs:

1. Développer un modèle logique pour guider les ergothérapeutes dans l'ouverture de leur clinique.
2. Comprendre les facilitateurs et les obstacles d'un démarrage d'une clinique privée en ergothérapie vécues par les femmes entrepreneures.

Méthodologie: La méthodologie repose sur des entrevues avec des femmes ergothérapeutes ayant démarré leur pratique privée au Québec, permettant de recueillir des témoignages sur leurs expériences, défis et stratégies de démarrage.

Résultats

attendus

Le projet permettra de mieux comprendre les défis liés au démarrage d'une clinique privée en ergothérapie, notamment pour les femmes. Il aboutira à un modèle logique d'accompagnement pour les ergothérapeutes et proposera des solutions pour soutenir l'équité et la diversité dans le secteur.

Nature et durée de la participation

Les participantes de ce projet de recherche seront premièrement invitées à remplir un questionnaire sociodémographique, puis à participer à une entrevue semi-structurée d'une durée de 45 à 60 minutes. L'entrevue semi-structurée se déroulera en deux parties. Premièrement, les participantes auront à répondre à des questions portant sur les ressources et la planification du démarrage d'une clinique, soit les sections: intrants, activités et groupes visés du modèle logique. La deuxième portion de l'entrevue visera les réalisations, les facilitateurs et les obstacles vécues, soit les sections : extrants, résultats et facteurs contextuels du modèle logique. Tout au long de l'entrevue, les participantes seront invitées à expliquer leur raisonnement et à co-construire un modèle logique avec l'étudiante-chercheur. Les entrevues seront enregistrées pour permettre d'extraire les raisons ayant guidé les choix des entrepreneures.

Critères d'inclusion

Veuillez cocher les critères qui s'appliquent à votre situation :

- être ergothérapeute ou ergothérapeute retraitée,
- être de sexe féminin ou s'identifier comme une femme,
- avoir lancé sa propre clinique d'ergothérapie depuis au moins un an,
- être ou avoir été propriétaire ou actionnaire d'une clinique privée en ergothérapie pendant au moins un an.

Risques et inconvénients

Numéro du certificat : CER-22-xxx-xx.xx ou CERPPE-22-xx-xx.xx
 Certificat émis le XX XXXX 2024



Le premier inconvénient est le temps consacré à la participation à la recherche. L'entrevue durera entre 45 à 60 minutes. Il se pourrait que les participantes soient fatiguées lors de l'entrevue semi-structurée ou vivent de l'anxiété, ressentent de l'inconfort ou des émotions désagréables considérant que des sujets comme les obstacles et embûches d'être une femme entrepreneure seront abordés.

La participante à la possibilité de ne pas répondre à certaines questions ou de mettre fin à l'entretien, et ce, sans aucun préjudice. Toutes les questions des entrevues structurées seront formulées de façon à ne pas incommoder la participante. Dans tous les cas, la personne responsable du projet de recherche aura en sa possession une liste de ressources pouvant venir en aide aux participantes.

Avantages ou bénéfices

L'avantage de participer à l'étude est de contribuer à l'avancement des connaissances sur la pratique privée en ergothérapie au Québec selon la perspective des femmes entrepreneures. Cette étude permettra de valoriser la parole des femmes et d'obtenir leur perspective.

Compensation ou incitatif

Aucune compensation n'est offerte.

Confidentialité

Toutes les informations recueillies durant la recherche seront traitées de façon à respecter la confidentialité des participantes. La confidentialité sera assurée par une identification numérique (ex : Participante 1, Participante 2, etc.). Les résultats de la recherche, qui pourront être diffusés sous forme d'un essai pour un projet de maîtrise, ne permettront pas d'identifier les participantes.

Les données recueillies seront conservées jusqu'au colloque du département d'ergothérapie en décembre 2025. Les seules personnes qui y auront accès seront l'étudiante-chercheuse, Valérie Dufresne ainsi que madame Myriam Chrétien-Vincent, professeure au département d'ergothérapie à l'Université du Québec à Trois-Rivières et superviseur du projet. Toutes ces personnes ont signé un engagement à la confidentialité. Les données seront détruites en janvier 2026 et ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document. Les données seront supprimées dans la corbeille OneDrive de l'étudiante-chercheuse. L'étudiante-chercheuse supprimera aussi tous les documents pour une deuxième fois lorsqu'ils seront dans la corbeille.

Participation volontaire

La participation à cette étude se fait sur une base volontaire. La participante est entièrement libre de participer ou non, de refuser de répondre à certaines questions ou de se retirer en tout temps sans préjudice et sans avoir à fournir d'explications.



Le consentement donné pour participer au projet ne vous prive d'aucun droit au recours judiciaire en cas de préjudice lié à la recherche.

Responsable de la recherche

Pour obtenir de plus amples renseignements ou pour toute question concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec l'étudiante-chercheuse en ergothérapie, Valérie Dufresne à l'adresse courriel suivante : valerie.dufresne@uqtr.ca.

Surveillance des aspects éthiques de la recherche



Cette recherche est approuvée par un comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières et un certificat portant le numéro [no de certificat] a été émis le [date d'émission].

Pour toute question ou plainte d'ordre éthique concernant cette recherche, veuillez communiquer avec le secrétariat de l'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières, par téléphone 819-376-5011 poste 2139, sans frais 1-800-365-0922 poste 2139 ou par courrier électronique à cereh@uqtr.ca.

CONSENTEMENT

Engagement de la chercheuse ou du chercheur

Moi, Valérie Dufresne, m'engage à procéder à cette étude conformément à toutes les normes éthiques qui s'appliquent aux projets comportant des participants humains.

CONSENTEMENT

En cliquant sur le bouton J'ACCEPTÉ, vous confirmez avoir lu et compris les informations présentées plus haut au sujet du projet *Pratique privée en ergothérapie au Québec : Un modèle pour les femmes entrepreneures e démarrage d'une clinique privée en ergothérapie*. Vous confirmez répondre aux critères d'inclusion de l'étude. Vous avez bien saisi les conditions, les risques et les bienfaits éventuels de votre participation. Vous acceptez d'être enregistré / filmé lors de l'entrevue. Vous comprenez que votre participation est entièrement volontaire et que vous pouvez décider de vous retirer en tout temps, sans aucun préjudice.

Si vous consentez à participer à cette étude, cliquez sur : J'accepte

- J'ACCEPTÉ, de participer à l'étude et d'être enregistré / filmé lors de l'entrevue; et je réponds aux critères d'inclusion.
- Je ne souhaite PAS participer à l'étude et d'être enregistré / filmé lors de l'entrevue, et / ou je ne réponds pas aux critères d'inclusion.

Résultats de recherche

Un résumé des résultats sera envoyé aux participantes qui le souhaitent. Ce résumé ne sera cependant pas disponible avant décembre 2025. Indiquez l'adresse électronique à laquelle vous souhaitez que ce résumé vous parvienne:

- Je souhaite obtenir un résumé des résultats.
- Je ne souhaite pas obtenir un résumé des résultats.

Adresse : _____

Confirmation de l'adresse : _____

** Si cette adresse venait à changer, il vous faudra en informer l'étudiante-chercheuse.